



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Economia

***CONCEÇÃO DE UM SISTEMA INTEGRADO DE AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL EM
PORTUGAL***

Sílvia Liliana Teixeira Mendes

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Faro

2013



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Economia

***CONCEÇÃO DE UM SISTEMA INTEGRADO DE AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL EM
PORTUGAL***

Sílvia Liliana Teixeira Mendes

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre
em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Carla Alexandra da Encarnação
Filipe Amado e do Professor Doutor Sérgio Pereira dos Santos

Faro

2013

Declaração de Autoria do Trabalho

CONCEÇÃO DE UM SISTEMA INTEGRADO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL EM PORTUGAL

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Sílvia Liliana Teixeira Mendes

Direitos de cópia ou Copyright

© Copyright: (Sílvia Liliana Teixeira Mendes).

A Universidade do Algarve tem o direito, perpetuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua copia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado credito ao autor e editor.

Agradecimentos

A entrega desta dissertação é o culminar do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde que iniciei há 3 anos atrás. Durante os últimos 2 anos de realização da dissertação deparei-me com alguns percalços que foram sendo ultrapassados. Nesta etapa resta-me agradecer a todos os que me apoiaram.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus orientadores, Professora Doutora Carla Amado e Professor Doutor Sérgio Santos, por todo o apoio, ensinamentos e orientações ao longo destes 3 anos de mestrado.

À enfermeira Fátima Lapa, da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, pelo aconselhamento inicial da importância de definição de uma temática de estudo relevante e fornecimento de bibliografia para essa pesquisa.

Ao Dr. Rui Lourenço, médico na UCSP de Quarteira, pela orientação na fase inicial de exploração da temática da minha dissertação.

Às minhas amigas do serviço, pelo apoio, por me ouvirem e pela vossa amizade, em especial à minha coordenadora de enfermagem, Sandra Silva por toda a compreensão e amizade.

Aos meus pais e irmão que mesmo longe me apoiaram incondicionalmente, das variadas formas, e foram decisivos na conclusão deste mestrado.

E por fim, mas uma das pessoas mais importantes da minha vida e que contribuiu de forma decisiva para conseguir terminar o mestrado, o meu colega de profissão, colega de mestrado, o meu namorado Nuno Santos, por me ter acompanhado desde o início desta etapa, por ter sido muito paciente, por me ter apoiado e dado aquele abraço nos momentos em que precisava, por estares sempre aí, por tudo...

RESUMO

A vida começa com o nascimento, frequentemente momento de grande alegria e festejado pelos progenitores, família e amigos. As intervenções efetuadas por profissionais de saúde durante a gravidez, parto e inclusivamente antes da conceção, são determinantes para a vivência experienciada durante o nascimento e primeiros dias de vida. Portugal foi um dos países que mais conseguiu melhorar nos indicadores de saúde materna e infantil, em grande parte devido à implementação do programa de saúde materna e infantil e pela harmonização e continuidade de cuidados. A conceção de um sistema de avaliação de desempenho dos serviços de saúde materna e neonatal torna-se vital, nos tempos que correm, para se conseguir avaliar a eficiência e a efetividade dos serviços prestados, identificando pontos fortes mas também situações que necessitamos melhorar para conseguir atingir cada vez mais ganhos em saúde.

Esta dissertação tem por objetivo conceber um modelo concetual de avaliação de desempenho dos serviços de saúde materna e neonatal em Portugal, tendo-se recorrido à pesquisa exaustiva de documentação oficial tanto de nível nacional como internacional, assim como à pesquisa de publicações científicas relevantes no âmbito da avaliação de desempenho em serviços de saúde.

É discutida a situação atual dos serviços de saúde materna e neonatal e o estado de arte da avaliação de desempenho, sendo apresentado um modelo concetual de avaliação de desempenho dos serviços e sendo propostas algumas medidas para melhorar o desempenho desses mesmos serviços.

O contributo deste trabalho é modesto mas espera-se que o modelo apresentado possa ser utilizado como base para a avaliação dos prestadores de cuidados e desenvolvimento de estratégias de melhoria de desempenho.

Palavras-chave: medição de desempenho, qualidade em cuidados de saúde, saúde materna e neonatal, Portugal

ABSTRACT

Life begins at birth, often moment of great joy and celebrated by parents, family and friends. Interventions made by health professionals during pregnancy, childbirth and even before the baby is conceived are critical to the success experienced during this stage. Portugal was one of the countries that had the highest improvement in the indicators of maternal and child health, largely due to the implementation of maternal and child health programs and due to the program of coordination and continuity of care in this area. The design of a system of performance evaluation of maternal and newborn health services becomes vital these days, to allow an evaluation of the level of efficiency and effectiveness of the services provided, identifying strengths but also situations that need improvement in order to accomplish additional health gains.

The objective of this dissertation is the design of a conceptual model for performance evaluation of maternal and neonatal health services in Portugal. This objective was accomplished by reviewing official national and international documents, as well as relevant scientific publications in the area of performance assessment of health services.

The current situation of maternal and neonatal health indicators in Portugal is discussed, the state of the art in performance assessment of health services is reviewed and a conceptual model for evaluating the performance of maternal and newborn health services is proposed to measure and improve the performance of such services.

The contribution of this work is modest but it is expected that the presented model can be used as a basis for the assessment of health care providers and to develop strategies to improve performance.

Keywords: performance measurement, quality of health care, maternal and newborn health systems, Portugal

ÍNDICE GERAL

	Página
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE TABELAS.....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xii
1 – INTRODUÇÃO	13
2 – O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E OS CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL	15
2.1 – Introdução	15
2.2 – Serviços de Saúde Materna e Neonatal.....	17
2.3 – Conclusão.....	21
3 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL.....	22
3.1 – Introdução	22
3.2 – Medição do desempenho nos serviços de saúde	22
3.3 – Definição de qualidade em cuidados de saúde.....	25
3.4 - Indicadores e medidas de desempenho.....	32
3.4.1 -Indicadores de desempenho das USFs e UCSPs.....	34
3.5 – Sistemas de avaliação de desempenho em serviços de saúde	36
3.5.1 – Ciclo dos sistemas de medição de desempenho	37
3.5.2 – Modelos de medição de desempenho	41
3.5.2.1 – Balanced Scorecard – âmbito dos cuidados de saúde diferenciados	42
3.5.2.2 – Adaptação do modelo de sistemas de Donabedian – âmbito dos cuidados de saúde primários.....	46
3.6 – Conclusão.....	48
4 - MODELO CONCEPTUAL PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL	48
4.1 – Introdução	48
4.2 – Apresentação do modelo conceptual.....	49
4.3 - Conclusão.....	54
5 - BREVE ANÁLISE DE ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL EM PORTUGAL E ESTABELECIMENTO DE PLANO DE AÇÃO ...	55
5.1 – Introdução	55
5.2 – Análise dos possíveis motivos de desvio face às metas traçadas.....	57

5.3 – Plano de ação para melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal	61
5.4 – Conclusão.....	68
6 – CONCLUSÃO	68
BIBLIOGRAFIA	70
APÊNDICES	80
Apêndice I – Indicadores de Saúde Materna e Neonatal	81

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 2.1 – O ciclo vital e a prestação de cuidados como um processo contínuo e integrado	18
Figura 2.2 – Estrutura da rede de referenciação materno-infantil	20
Figura 3.1 – Principais stakeholders no sector da saúde em Portugal	24
Figura 3.2 – Matriz da multidimensionalidade da qualidade integrada nas categorias de avaliação de desempenho	31
Figura 3.3 – Ciclo de um sistema de medição de desempenho	38
Figura 3.4 – O Balanced scorecard como quadro de trabalho estratégico para a ação	44
Figura 3.5 – Estrutura do Balanced scorecard-tipo para o hospital sem fins lucrativos	45
Figura 3.6 – Modelo mapa estratégico do hospital	46
Figura 3.7 – Modelo concetual para comparar prestadores de cuidados em saúde primária	47
Figura 4.1 – Matriz que mostra as posições ocupadas pelas categorias de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde materna	50
Figura 4.2 – Grupos de indicadores de saúde	51
Figura 4.3 – Modelo concetual para avaliação de desempenho dos serviços de saúde materna e neonatal em Portugal	52
Figura 5.1 – Principais causas de mortalidade fetal, neonatal e perinatal	59
Figura 5.2 – Intervenções em saúde materna que são benéficas para a saúde a longo prazo	60

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 5.1 – Evolução da taxa de mortalidade neonatal e fetal tardia em Portugal	55
Tabela 5.2 – Evolução de indicadores de natalidade e mortalidade em Portugal	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ARS – Administração Regional de Saúde
- CNSMCA – Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente
- CNSCA – Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente
- CNSMN – Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal
- DGS – Direção Geral de Saúde
- DL – decreto-lei
- DPN – Diagnóstico Pré-natal
- GDH – Grupos de diagnósticos homogéneos
- IMC – Índice de Massa corporal
- IST – Infecções sexualmente transmissíveis
- OCDE – Organização para a Cooperação Económica e Desenvolvimento
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- RN – Recém-nascido
- RRMI – Rede de Referenciação Materno-Infantil
- SNS – Serviço nacional de saúde
- UCFs – Unidades Coordenadoras Funcionais
- UCSPs – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
- USFs – Unidades de Saúde Familiar
- WA – Western Australia

1 – INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, os indicadores de saúde materna e infantil em Portugal têm vindo progressivamente a melhorar, em grande parte devido à melhoria socioeconómica, à mudança política, ao investimento generalizado nos cuidados de saúde primários, à cobertura nacional de centros de saúde e à existência de médicos de família. Porém, o que permitiu ultrapassar os países muito mais ricos e manter consistência na evolução, foi sem dúvida a consolidação progressiva do programa nacional de saúde materno infantil iniciado em 1989 (CNSMN, 2006).

Para se conseguirem concretizar os propósitos deste programa nacional de saúde materna e infantil tem que existir uma perfeita harmonização de cuidados, uma boa articulação entre distintos serviços, trabalhando todos para atingir os mesmos objetivos, devendo ser efetuada a monitorização contínua do desempenho desses serviços de forma integrada.

Embora os indicadores agregados a nível nacional possam ser considerados como muito bons, podem existir variações dependendo das áreas geográficas, sendo importante avaliar o desempenho para se identificar essas localidades e implementar medidas para melhorar o desempenho onde é mais fraco. Além disso só será possível manter, ou eventualmente melhorar os bons indicadores de desempenho a nível nacional se for realizada uma monitorização regular do desempenho nas várias regiões a diversas unidades de prestação de cuidados de forma a identificar boas práticas e estendê-las para as unidades que apresentem resultados mais fracos. Surge então a necessidade de implementação de um sistema integrado de avaliação de desempenho nas unidades de saúde em geral, especificamente nas unidades de saúde materna e neonatal em Portugal como defendemos ao longo deste trabalho.

Desde Maxwell que se demonstrou o valor de análises comparativas de políticas de saúde, sendo um reconhecido instrumento que facilita as tomadas de decisão feitas pelos governantes (Davis, 1998). Já Maynard (1998) defende que atualmente existe uma crescente procura de cuidados de saúde e os recursos são limitados, pelo que a racionalização dos mesmos torna-se inevitável.

Este trabalho foca-se fundamentalmente na saúde da grávida desde a conceção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e recém-nascido até aos 28 dias de vida conforme definido em DGS (2012c), enquadrado no período Nascer com Segurança.

Como objetivo principal deste trabalho pretende-se elaborar um sistema integrado de avaliação de desempenho para avaliar as unidades que prestam cuidados de saúde materna e neonatal em Portugal. É consensual que a existência de um instrumento de gestão que permita o acompanhamento, avaliação e apoio à tomada de decisão é crucial para que as organizações tenham um bom desempenho (Ribeiro, 2008). A identificação dos problemas que mais afetam o desempenho dos serviços prestadores de cuidados de saúde e o correto uso de ferramentas de gestão para analisar o processo de melhoria de desempenho é fundamental para se ir de encontro aos objetivos do SNS, tendo em conta a realidade que o país atravessa no que respeita à escassez de recursos e constantes cortes orçamentais. Sendo a saúde materna e a saúde neonatal duas áreas sensíveis, umbilicalmente relacionadas no real sentido, e fases de vida vulneráveis, consideramos muito importante uma implementação de um sistema de monitorização do desempenho que abrange os diferentes níveis de prestação de cuidados de uma forma integrada, pois só assim se consegue ter uma visão plena do desempenho.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho teve duas vertentes essenciais:

(1) análise e revisão crítica e exaustiva de documentação oficial de política nacional e internacional na área de saúde materna e neonatal, fundamentalmente da Austrália pois é um dos países mais seguros para se nascer e o serviço de saúde neonatal de West Austrália (WA) é um dos maiores do mundo. WA é considerada de classe mundial nas suas pesquisas, nos seus processos e resultados de alta qualidade para recém-nascidos segundo a Commonwealth of Australia (2009) e WA Country Health Service (2011);

(2) pesquisa exaustiva por diversas bases de dados – Pubmed, Scielo, B-on, Elsevier, Academia.edu – com pesquisa por palavras-chave como “performance measurement”, “performance management in health care”, “quality in maternity services”, “maternal and newborn health services”, “maternal health indicators”, “performance assessment in health care providers”, “conceptual models in health care providers” para identificar publicações científicas no âmbito da avaliação de desempenho em saúde materna e neonatal.

O presente trabalho começa por fazer uma descrição dos cuidados de saúde materna e neonatal em Portugal (capítulo 2) que inclui uma breve referência à evolução do sistema de saúde em Portugal seguido de uma abordagem mais específica aos serviços de saúde materna e neonatal onde se descreve sucintamente a articulação dos serviços de saúde. Em seguida irá iniciar o capítulo 3, com a ampla temática da avaliação dos serviços de saúde onde se abordará a medição de desempenho, com especial relevo para as abordagens de qualidade de Donabedian e Maxwell, sobejamente reconhecidas e utilizadas quando se pretende efetuar medição de desempenho em serviços de saúde. A importância de indicadores e medidas de desempenho também é abordada. De seguida aborda-se a temática dos sistemas de medição de desempenho onde se inclui a descrição do ciclo dos mesmos, assim como descrição de modelos que considerados interessantes na medição de desempenho e cuidados de saúde. A sugestão de um modelo conceptual é apresentado no capítulo 4 e de seguida no capítulo 5 é feita uma breve análise de alguns indicadores de saúde materna e neonatal em Portugal com referência a alguns possíveis motivos dos desvios das metas traçadas e com sugestões de estratégias de melhoria. Para terminar, apresentamos as conclusões deste trabalho no capítulo 6, discutindo também as limitações deste trabalho e apresentando algumas sugestões de investigação futura nesta área.

2 – O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E OS CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

2.1 – Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979, dando início às reformas globais de saúde (Campos, 2008; Alto Comissariado da Saúde, 2009) caracteriza-se por ser universal, tendencialmente gratuito, geral e por garantir a equidade no acesso dos utentes no que diz respeito à diminuição das desigualdades económicas e geográficas no acesso aos cuidados de saúde (Ministério da saúde, 1990), envolvendo todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social (Ministério da Saúde, 1979).

Os cuidados de saúde podem ser divididos em duas áreas: 1) os cuidados de saúde primários que estão representados por Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

(UCSPs), Unidades de Saúde Familiar (USFs) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); neste nível de cuidados está integrado a Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Neste nível de cuidados encontram-se os cuidados destinados à prevenção da doença e promoção da saúde, internamentos que não impliquem cuidados diferenciados, consultas médicas para diagnóstico e terapêutica, incluindo reabilitação assim como prestação de cuidados de enfermagem, nos quais se inclui a visita domiciliária (Ministério da Saúde, 1979); 2). Os cuidados diferenciados incluem os hospitais onde são prestados cuidados especializados em ambulatório para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, consultas externas de especialidade e internamento hospitalar (Ministério da Saúde, 1979).

Será feita somente uma breve referência às reformas mais recentes do SNS para não tornar este capítulo muito extenso mas mais informações poderão ser encontradas em variadas publicações, entre elas destaco Campos (2008). Em 2005 os hospitais sociedade anônima transformam-se em entidades públicas empresariais (Ribeiro, 2008). Também neste ano teve início mais uma reforma dos CSP, na tentativa de se criar melhores cuidados de saúde para todos, aumentando a acessibilidade, proximidade, qualidade e conseqüentemente aumentando a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde (Pisco, 2007). Pretendia-se também melhorar a eficiência, promover a contenção de custos e finalmente aumentar a satisfação dos profissionais de saúde através da melhoria de organização, recompensa pelas boas práticas e criando boas condições de trabalho (Pisco, 2007). No seio desta reforma, em 2006, surgem as primeiras USFs (Barros et al., 2007), posteriormente criam-se os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com o intuito de proporcionar maior estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, favorecendo uma gestão rigorosa e equilibrada, assim como a melhoria no acesso aos cuidados de saúde (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006; Ministério da Saúde, 2010) e procede-se à introdução de um sistema de contratualização (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006). Através da identificação das necessidades em saúde e aplicação de incentivos como resultados de boas práticas, o sistema de contratualizações iniciado com a reforma pretende aumentar a responsabilização e eficiência dos serviços para a obtenção de melhores resultados em saúde com os recursos de que se dispõe (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006).

Cada ACES é constituído para além do Conselho Clínico e Conselho da Comunidade, por uma rede de unidades funcionais que prestam cuidados de saúde: USFs, UCSPs, UCCs, unidades de saúde pública (USP), unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), podendo existir outras entidades se a ARS assim achar necessário (Ministério da Saúde, 2008).

As constantes mudanças a nível da natureza da gestão (mais concretamente gestão empresarial hospitalar), revelam a necessidade de adoção de novos instrumentos de gestão que possam responder às atuais exigências da gestão empresarial, assim como a crescente preocupação com a avaliação dos resultados, para potenciar uma gestão eficiente dos poucos recursos existentes (Ribeiro, 2008). Embora se valorize a questão da necessidade de adoção de instrumentos de gestão hospitalar, não nos podemos esquecer que Kringos et al. (2010) defendem que a atenção primária contribui, através das suas dimensões, para o desempenho global do sistema de saúde.

2.2 – Serviços de Saúde Materna e Neonatal

Os cuidados de saúde prestados às grávidas, puérperas e recém-nascidos podem ser prestados no âmbito dos cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados.

Antes de nos centrarmos nos serviços prestadores de cuidados às grávidas, recém-nascidos e puérperas em Portugal e na demonstração da necessidade de manter uma relação umbilical entre eles, vamos começar por contextualizar a especificidade destas etapas de vida.

A gestação e o nascimento de uma criança são frequentemente momentos de grande felicidade vivenciados pelos pais e família. As vivências experienciadas durante a gravidez podem influenciar a sua evolução e o próprio momento de parto, sendo imprescindível a quem acompanha a grávida, quer profissionais de saúde, família ou outros elementos da comunidade que a rodeiam, ter a perspicácia para identificar necessidades e criar um ambiente pleno de informação para transmitir à grávida e à sua família a segurança e o apoio de que necessitam. A criação de um ambiente propício para a segurança da maternidade e parto depende em grande parte dos cuidados e atenção prestada pela comunidade e família e na qualidade do serviço público e/ou serviço privado de saúde materna e neonatal. Desta forma, em contexto de prestação de cuidados de saúde, quando a grávida recorre aos serviços de saúde materna, idealmente

no início da gravidez, deve-se ter uma conversa esclarecedora com a grávida acerca das suas necessidades individuais e preferências, devendo ser traçado um plano de cuidados flexível, redesenhado de acordo com as necessidades e escolhas que podem alterar durante a gravidez (NSW Department of Health, 2009). Assim, nos cuidados prestados em saúde materna, a mulher é colocada no centro dos cuidados, que devem ser coordenados de acordo com as suas necessidades, incluindo as suas necessidades culturais, emocionais, psicológicas e clínicas.

Uma compreensão plena da ligação das diversas etapas que antecedem e precedem a gravidez é fundamental para o sucesso do plano de saúde materna e infantil, sendo crucial não se olhar somente para uma determinada etapa da vida, mas deve-se ter em atenção toda o ciclo vital da mulher, assumindo os cuidados de saúde como um processo contínuo e integrado na sociedade (figura 2.1). Para este sucesso é fundamental, como já referido, o envolvimento da comunidade e dos profissionais de saúde na identificação dos principais problemas, necessidades, preocupações e soluções de cuidados de maternidade, não esquecendo que existem contextos particularmente relevantes para a grávida como o contexto laboral e familiar, entre outros determinantes de saúde.

Figura 2.1 – O ciclo vital e a prestação de cuidados como um processo contínuo e integrado



Fonte: PMNCH Knowledge Summary 15 - Non-Page 2 communicable diseases, adaptado de WHO– Make every mother and child count, 2005, p. 3

A continuidade dos cuidados assume um papel determinante nos cuidados de saúde e tem sido identificada como uma característica importante da assistência à maternidade (WHO, 2010), especialmente enfatizado na Nova Zelândia e Reino Unido, onde tem sido promovido um paradigma de bem-estar para a gravidez e o parto (Australian Health Ministers' Conference, Commonwealth of Australia, 2011).

Quando é elaborado um programa/plano de saúde, devem ser traçadas metas adequadas à realidade de cada país, e segundo Burroughs (1995), nos cuidados de saúde materna, as metas mais importantes são: (1) uma gestação com o mínimo desconforto físico e emocional e com a máxima gratificação; (2) o estabelecimento de bons hábitos de saúde para beneficiar a mãe e o feto; (3) a preparação precoce para a parentalidade; (4) um nascimento que ocorra nas melhores circunstâncias possíveis; (5) o nascimento de uma criança saudável; (6) o estabelecimento de relacionamentos positivos entre a criança, a mãe e os que lhes são próximos.

Em Portugal, a prestação de cuidados de saúde materna e neonatal rege-se pelo plano nacional de saúde materna e infantil que tem como principal objetivo a melhoria dos cuidados e das condições assistenciais pré-concepcionais, pré e perinatal e infantil, tendo em vista a diminuição da morbidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil. De acordo com a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1993:3), os objetivos principais do programa de saúde materna e neonatal são: (1) “avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos; (2) detetar precocemente fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto e orientar corretamente cada situação e, (3) promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez.”

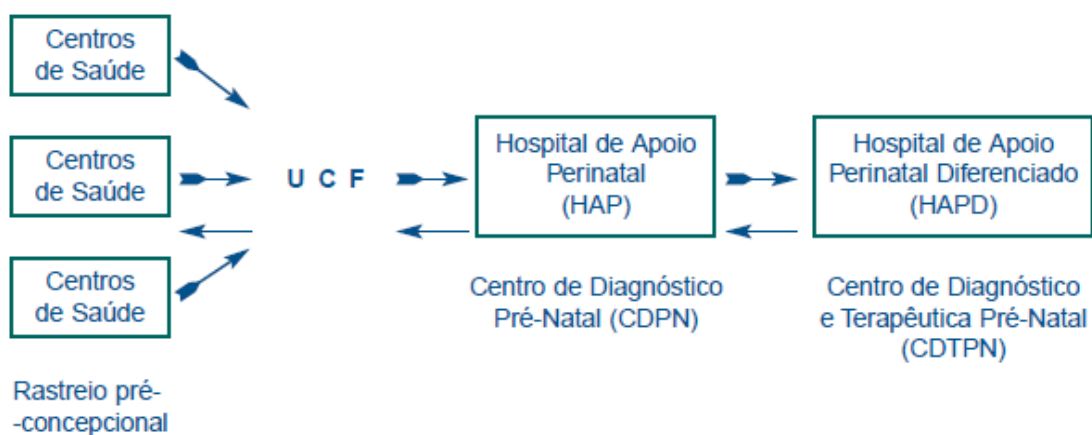
Na publicação da Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (CNSMN), em 2006, referiu-se que a experiência anterior da organização dos cuidados maternos e infantis torna pacífica a afirmação de que sem uma boa interligação e coordenação entre os Cuidados de Saúde Primários, os Hospitais de Apoio Perinatal e os Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, qualquer programa de melhoria das condições de saúde materna e infantil é de difícil ou impossível execução. E quando foi atingida a meta de mais de 99% de partos realizados em ambiente hospitalar em Portugal tornou-se necessário privilegiar e assegurar a articulação entre os cuidados primários e

hospitalares, assim como a continuidade dos cuidados de saúde, através das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCFs) (CNSMN, 2006). As UCFs foram criadas em 1991, e integram médicos e enfermeiros de saúde materna e de saúde infantil dos dois níveis de cuidados.

Atualmente existe uma clara responsabilização por níveis de cuidados, existindo no caso dos cuidados de saúde materna e neonatal, o Centro de Saúde, o Hospital de Apoio Perinatal e Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, sendo as UCF as responsáveis por assegurar a articulação e coordenação funcional entre estes níveis de cuidados de saúde como mostra a figura 2.2. Cada vez mais se acredita que a criação de redes que permitam a articulação harmoniosa entre os cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde diferenciados é necessária.

Cada unidade de saúde é responsável por realizar determinadas atividades específicas, sem descurar a sua articulação permanente para conseguir ganhos em saúde. O acompanhamento da grávida de baixo risco e do recém-nascido é da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, do médico e do enfermeiro de família, em articulação com os cuidados hospitalares em situações de risco. Os cuidados de saúde primários dirigem-se em especial para a promoção da autonomia e autorresponsabilização dos cidadãos pelas suas decisões e ações, articulando sempre que necessário com outras instituições ou profissionais (Biscaia et al., 2008).

Figura 2.2 – Estrutura da rede de referenciação materno-infantil



Fonte: DGS, Rede de referenciação materno-infantil, 2001, p. 18

Podemos afirmar que os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde, sendo o primeiro nível de cuidados que os utentes podem usufruir do SNS acompanhando todo o processo de saúde/doença do utente com uma visão global e longitudinal e não apenas em episódios de doença.

Recentemente, em Portugal têm sido tomadas algumas medidas no SNS, de forma a melhor ir de encontro às necessidades de saúde materna e neonatal. Em 2012, a Direção Geral de Saúde (DGS) refere que essas medidas especificamente dirigidas ao período da gravidez e ao período perinatal em Portugal estão apoiadas de diversas formas: (1) pela Comissão Nacional da Saúde Materna, Neonatal da Criança e do Adolescente (CNSMCA) (Despacho 21929/2009), que é um órgão de consulta do Ministério da Saúde, com a missão de desenvolver programas e ações em áreas como promoção da saúde, qualidade, equidade e acesso, recursos disponíveis, diagnóstico pré-natal, violência doméstica, gravidez na adolescência, promoção de ambientes saudáveis; (2) pelas UCFs da saúde materna e neonatal (Despacho 9872/2010), que facilitam a articulação entre Cuidados Primários e Cuidados Hospitalares; (3) através da isenção das taxas moderadoras (DL 173/2003) para grávidas, parturientes e crianças até 12 anos.

A CNSMCA está subdividida em duas grandes vertentes: saúde materna e neonatal (CNSMN) e saúde da criança e adolescente (CNCSA) sendo que ambas devem articular-se com a DGS, que tem funções técnico-normativas, e com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), que detêm o poder económico e são, assim, executoras. Relativamente à missão da CNSMN, em 2006 é esclarecida pela própria CNCSA, que refere englobar os seguintes pontos: (1) continuar a garantir a qualidade na vigilância partilhada da grávida, do recém-nascido e lactente a nível nacional com igualdade de acesso; (2) garantir qualidade no nascimento e segurança no parto a nível nacional; e, (3) manter e tentar melhorar os ganhos em saúde até agora conseguidos.

2.3 – Conclusão

Embora Portugal nas últimas décadas tenha progredido favoravelmente relativamente aos indicadores de saúde materna e neonatal, não pode esquecer a constante necessidade de monitorização do estado de saúde da população e dos serviços que lhe prestam cuidados, variando conforme as necessidades da população em determinado local, num determinado momento. Os cuidados prestados pelos serviços de prestação de cuidados

de saúde primários e diferenciados na área dos cuidados de saúde materna e neonatal estão claramente definidas em decreto-lei e existe uma rede e políticas implementadas para permitir uma continuidade e integração de cuidados. Já foram adotadas várias medidas, mas torna-se necessário perceber qual o desempenho de cada unidade, identificar falhas e implementar novas medidas para se ir de encontro às metas previamente traçadas, através da avaliação do desempenho dos serviços que prestam cuidados à grávida, recém-nascido e puérpera. No próximo capítulo faremos uma discussão dos principais modelos que podem ser usados para fazer a avaliação de desempenho em serviços de saúde materna e neonatal.

3 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

3.1 – Introdução

Como referido anteriormente, foram implementadas em Portugal várias políticas para ir de encontro às metas estipuladas para a área de saúde materna e neonatal, destacando-se a criação de comissões e de UCFs que fazem a ligação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados. Para além disso, foram tomadas várias medidas para manter ou melhorar determinados indicadores de desempenho. No entanto, como é que podemos saber se foram suficientes e adequadas a determinada realidade? Ao longo deste capítulo serão esclarecidos alguns conceitos e abordadas as diferentes perspetivas envolvidas num processo de avaliação de desempenho. Para além disso, será demonstrada a multidimensionalidade do desempenho e discutida a complexidade envolvida na sua avaliação, através da discussão de alguns modelos criados para permitir a avaliação do desempenho em serviços de saúde.

3.2 – Medição do desempenho nos serviços de saúde

A abordagem a esta temática será iniciada com a tentativa de clarificar o conceito de desempenho e de medição de desempenho.

O conceito de desempenho pode ser definido de várias formas segundo Lebas (1995), desde robustez, eficiência ou resistência como retorno de um investimento. O mesmo autor defende que o desempenho não é por si um objetivo, mas antes uma forma de

definir onde se pretende chegar e defende que depois de se tentar clarificar o conceito de desempenho (ou performance) coloca-se uma outra questão importante “Porquê medir o desempenho?”. A resposta às cinco questões seguintes dará a resposta à pergunta primordial: (1) “onde se esteve?” (2) “onde se está?” (3) “onde se pretende chegar?” (4) “como chegar ao pretendido?” (5) “como saber se se chega ao pretendido?”. Através destas respostas conseguimos perceber que a medição do desempenho irá permitir (1) identificar problemas, mas também oportunidades, (2) clarificar responsabilidades e facilitar o processo de delegação das mesmas, (3) melhorar o planeamento e o controlo, (4) identificar quais as ações necessárias assim como quando as realizar e onde, (5) orientar e mudar comportamentos, (6) dar visibilidade ao trabalho realizado, (7) favorecer o envolvimento das pessoas e (8) servir como base para o desenvolvimento de um sistema de remuneração (Lebas, 1995).

Segundo Neely et al. (2005: 1229, tradução livre) citando Neely (1994) “Medição de desempenho pode ser definida como o processo de quantificar a eficiência e a efetividade da ação.”

Bourne et al. (2003) afirmam que a pergunta “o que é a medição de desempenho” é muitas vezes discutida mas sem resposta clara, concordando com a definição de Neely (1994).

Convém não esquecer que o principal objetivo da medição de desempenho é o de encontrar maneiras de o melhorar e as evidências de que o desempenho pode ser melhorado podem ter origem na comparação com outras unidades semelhantes ou por comparação com registos anteriores (Maxwell, 1992). Não se deve esquecer que inerente ao processo de medição podem encontrar-se sentimentos de angústia, frustração e preocupação nas pessoas que se sentem medidas, e por vezes nas próprias pessoas que estão a fazer a medição (Loeb, 2004).

Smith et al. (2008) defendem que tendo em conta as constantes restrições que o sector da saúde sofre, o desenvolvimento de instrumentos de avaliação que permitam aos gestores fazer o acompanhamento, avaliação e obter informação do nível de satisfação com que vários aspetos do sistema de saúde atingem os seus objetivos-chave, contribuem indiscutivelmente para o bom funcionamento das organizações prestadoras de serviços de saúde. Acrescenta ainda que a qualidade da informação é vital no

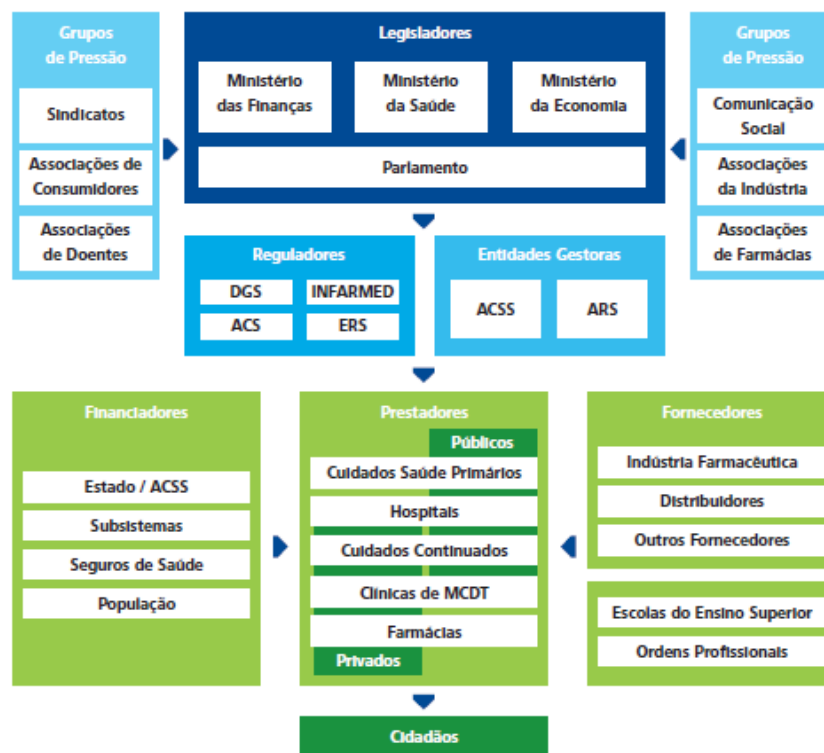
desenvolvimento destes instrumentos de gestão, considerando ser um recurso-chave para a gestão da organização e controlo do sistema de saúde.

A melhoria do desempenho dos sistemas de saúde é na atualidade uma questão política fundamental na maioria dos países desenvolvidos e estão a ser postas em prática diversas medidas para medição do desempenho do sistema (McLoughlin et al. 2001).

Por outro lado, Bankauskaite & Dargent (2007) relembram que é também importante identificar os potenciais utilizadores alvos da medição do desempenho que classicamente são: governo, organizações de acreditação e profissionais de saúde.

Além de identificarmos os potenciais interessados na medição de desempenho, convém estarmos cientes dos stakeholders existentes nos serviços de saúde, e segundo Smith et al. (2009) existem diversos stakeholders na área da saúde que devem ser tidos em conta, tais como os pacientes, os profissionais de saúde, os gestores dos serviços de saúde, os decisores políticos e o público em geral. A figura 3.1 mostra os principais stakeholders no sector da saúde em Portugal.

Figura 3.1 – Principais stakeholders no sector da saúde em Portugal



Fonte: Deloitte, Saúde em Análise, Uma visão para o futuro, 2011, p. 24

3.3 – Definição de qualidade em cuidados de saúde

Inerente à medição de desempenho em serviços de saúde está a necessidade de esclarecer o que se entende por qualidade em cuidados de saúde, dado que a avaliação da qualidade é considerada por alguns autores (tal como, por exemplo, Donabedian, 1980) como a parte mais importante na avaliação de serviços de saúde.

Qualidade dos serviços de saúde não é um conceito estático, está sujeito a uma multiplicidade de interpretações e deve ser analisado no contexto de um sistema de saúde de uma sociedade em constante evolução. Diversos autores propõem diversas definições que nascem quer das suas perspetivas de abordagem quer das necessidades sentidas em adequar esses conceitos de qualidade aos cuidados de saúde.

Donabedian (1980) fez referência a distintas definições de qualidade, sendo elas analisadas de diferente forma, consoante o que se pretende avaliar, sendo todas elas legítimas de serem escolhidas, no contexto apropriado. As três definições de qualidade referidas por Donabedian (1980) são: (1) a definição absolutista – orientada para considerações de ordem técnico-científica (voltada para os profissionais de saúde); (2) a definição individualizada – que tem em consideração as expectativas, os valores e as necessidades dos utilizadores dos serviços de saúde; e (3) a definição social – baseada nas necessidades e nos benefícios da prestação de cuidados à população em geral.

Donabedian (1980) acredita que se deve dar ênfase a duas vertentes da qualidade: (1) na sua vertente técnica, ou seja a prestação de cuidados considerados os mais adequados pelos profissionais de saúde tendo em conta o conhecimento técnico-científico e a tecnologia médica de forma a maximizar os benefícios para a saúde sem o correspondente aumento dos riscos, garantindo um equilíbrio harmonioso entre os benefícios e os riscos; (2) na sua componente interpessoal que diz respeito ao aspeto sócio-psicológico da interação entre o profissional de saúde e o utente, com critérios como paciência e empatia, que derivam de princípios e normas éticas como qualquer outra relação social, em conformidade com os valores, normas, expectativas e aspirações das pessoas. Donabedian (1980) defende que os profissionais de saúde valorizam mais as capacidades técnicas e as relações interpessoais (satisfação dos profissionais), enquanto os utentes tendem a valorizar os aspetos não técnicos da prestação dos cuidados (amenidades), nomeadamente a acessibilidade e a disponibilidade (satisfação dos utentes).

Moss (1998) afirma que a qualidade nos cuidados de saúde é muito mais do que uma simples medição de aspetos técnicos, defendendo que a grande parte destes cuidados são compromissos, trade-offs realizados nas melhores condições possíveis, com pacientes plenamente informados, orientados por profissionais de saúde experientes em ambiente adequados.

Relativamente à relação qualidade/quantidade de cuidados, Donabedian (1980) também esclarece que sempre que um julgamento é feito sobre a necessidade de adequação da quantidade de cuidados, um juízo de qualidade está implícito, logo, avaliações da quantidade e da qualidade do atendimento estão intimamente interligadas. Os cuidados de saúde implicam gastos de recursos e, por vezes, a prestação dos cuidados de forma ineficiente encarece o custo, por exemplo quando os enfermeiros realizam trabalho de assistentes operacionais. A qualidade custa dinheiro, mas é possível reduzir esses custos quando são prestados cuidados de forma eficiente, para poder aumentar a qualidade com o mesmo dinheiro ou mantendo a mesma qualidade com menores custos (Donabedian, 1980).

A qualidade torna-se realmente difícil de definir devido às suas características, pelo simples facto de não ser um valor absoluto (tem significados diferentes em condições diferentes), assim como por ser composta por múltiplas dimensões e por apresentar variabilidade temporal (Pisco, 2001). Existem portanto diversos conceitos mas também diversas perspetivas, por vezes antagónicas, do que se entende por qualidade em saúde. Embora Pisco (2001) faça referência a diversas perspetivas da gestão em geral e a diversas perspetivas de gestão no caso particular da saúde, nesta dissertação faremos apenas uma abordagem sucinta a uma das perspetivas defendida por Allan Gillies e citada por Pisco (2001), por a considerarmos a mais importante no âmbito específico da saúde, a perspetiva dos utilizadores. Esta perspetiva foca-se no bem-estar e na satisfação de todos os utilizados dos serviços de saúde, sendo eles os utentes, os profissionais de saúde e os gestores (Pisco, 2001). De acordo com esta perspetiva, existe a perceção de que as necessidades dos diversos utilizados podem ser diferentes e são frequentemente antagónicas, sendo que cada modelo representa somente uma parte da realidade, pelo que a qualidade em saúde vai depender de quem observa (Pisco, 2001). Assim, os utentes privilegiam aspetos como a acessibilidade, afabilidade ou melhoria do estado da saúde, enquanto os prestadores de cuidados de saúde focam-se mais nas questões técnicas e na obtenção de resultados e finalmente os gestores concentram-se na

eficiência, na obtenção dos resultados e na rentabilização dos investimentos (Pisco, 2001). A diversidade de perspectivas, a crescente necessidade de contenção de custos e a crescente exigência do público em geral tornam as questões relacionadas com a qualidade em cuidados de saúde complexas e de difícil consenso.

Existem diversos modelos que permitem avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados sendo que Raven et al. (2012) afirmam que dois dos três modelos de qualidade de cuidados mais utilizados e mais claramente definidos na literatura são:

(1) modelo de sistemas segundo Donabedian (pois existem diferentes dimensões nos sistemas de saúde que devem ser avaliadas e todas elas constituem a qualidade de cuidados);

(2) modelo de características segundo Maxwell (da qualidade dos serviços de saúde que podem variar de acordo com a especificidade do cuidado de saúde).

Para facilitar a avaliação de qualidade dos cuidados de saúde, Donabedian (1980), propõe que sejam consideradas três dimensões: estrutura (recursos), processo (ato técnico) e resultado (outcome):

- a estrutura – corresponde ao conjunto de condições do local onde a prestação de cuidados será efetuada, e podem-se assim distinguir dois domínios: (1) as características físicas (instalações, equipamentos médicos, horários de funcionamento, sistema de manutenção de registos, ...) e; (2) as características da equipa (número de profissionais de saúde e suas qualificações) (Donabedian, 1980). A satisfação pessoal é também investigada na categoria de estrutura, assim como os recursos financeiros e de custos de um sistema de cuidados de saúde custos estes que se referem a custos realizados por gestores de saúde (custos com pessoal), pelos utentes/famílias ou entidades governamentais (Kalinichenko et al., 2013). A existência de adequadas condições de estrutura, capacitada de recursos, por si só, não garante que sejam prestados cuidados de saúde de elevada qualidade, embora seja considerada como uma condição importante para proteger e promover a qualidade dos cuidados (Donabedian, 1980). Os elementos desta categoria tendem a ser os mais estáveis (Kalinichenko et al., 2013);
- o processo – corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os utentes e aos métodos como estas mesmas atividades

são desenvolvidas pelos profissionais aquando a prestação de cuidados de saúde, englobando os cuidados diretos, não diretos e os padrões de comportamento dos profissionais (Donabedian, 1980). O processo está diretamente relacionado com os resultados, podendo contribuir para melhorar o nível de qualidade dos cuidados prestados. Está também relacionado com os diversos componentes da qualidade, os aspetos técnicos da relação e as relações interpessoais e depende ainda da estrutura, sendo a linha que separa a estrutura do processo muito ténue (Donabedian, 1980). Como referido anteriormente, os indicadores de aspetos técnicos medem até que ponto os cuidados de saúde prestados estão em consonância com as normas médicas, incluindo por exemplo a investigação da anamnese do paciente e a adequação da medicação, consultas, exames, internamentos; enquanto os indicadores de aspetos interpessoais pretendem demonstrar o nível de interação psicológica entre o paciente e o médico, sendo medidos por exemplo através da continuidade de cuidados e da educação do paciente (Kalinichenko et al., 2013);

- os resultados – correspondem às mudanças verificadas no estado de saúde e qualidade de vida dos utentes com os cuidados prestados (Donabedian, 1980). Os resultados podem também definir-se como sendo as mudanças relacionadas com os conhecimentos e comportamentos bem como a satisfação dos utentes decorrente dos cuidados prestados. Integra, por exemplo, a mortalidade, a morbilidade e o tempo de internamento. Kalinichenko et al. (2013) referem que os resultados podem ser agrupados em três categorias: (1) a saúde suplementar conferida ao paciente, (2) satisfação do paciente com os cuidados de saúde recebidos e (3) satisfação da comunidade com os cuidados de saúde prestados.

Embora enfatizando o papel da estrutura, Donabedian (1980) afirma que quando a relação causal entre o processo e o resultado é estabelecida, tal pode ser usada para fazer inferências válidas sobre qualidade e Kalinichenko et al. (2013) reiteram defendendo que as medidas de resultado têm o intuito de poder estabelecer a correspondência entre os cuidados de saúde prestados e o impacto desses mesmos cuidados na saúde dos pacientes.

A multidimensionalidade da qualidade em cuidados de saúde é sobejamente reconhecida por diversos autores, mas Maxwell (1984) deu um passo importante na descrição e explicação de cada uma das suas dimensões, sugerindo seis dimensões de

qualidade dos cuidados de saúde, que precisam de ter reconhecimento do seu valor de forma separada, requerendo diferentes medidas e diferentes avaliações. Mais tarde, Maxwell (1992) renomeou algumas dimensões propondo a seguinte terminologia:

- Efetividade – grau de benefício (resultado) alcançado, isto é, a relação existente entre a melhoria possível e a obtida após determinada intervenção;
- Aceitabilidade – valorização da humanização dos cuidados de saúde, relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e o utente e condições de privacidade e confidencialidade;
- Eficiência – obtenção dos mesmos resultados com menos recursos ou maximização dos resultados com os mesmos recursos;
- Acesso – facilidade de acesso a cuidados de saúde em tempo útil, sem barreiras organizativas, físicas, geográficas, económicas, culturais ou psicológicas;
- Equidade – serviços prestados com igualdade de prestação e oportunidades para grupos diferentes de utentes (idade, sexo, religião, condições económicas);
- Relevância (Adequação) – ajustamento dos serviços existentes às necessidades, expectativas e desejos da população, reconhecendo as mudanças e avaliação em que medida determinada opção terapêutica é a mais adequada face ao contexto e à evidência.

Moss (1998) adiciona mais três dimensões de qualidade às dimensões propostas por Maxwell: (1) respeito, (2) escolha e (3) prestação de informações reais; que poderiam estar subentendidas na dimensão de relevância (adequação) mas a autora pretende dar-lhes maior visibilidade, sendo estas três dimensões especialmente relevantes se se pretender resolver problemas endémicos associados à prestação de cuidados de baixa qualidade.

Num outro modelo, Donabedin (1990), citado por Malik & Shiesarim (1998), ampliou o conceito de qualidade, e segundo a sua perspectiva, qualidade deve ser construída em cada avaliação por meio de sete pilares da qualidade:

- Eficácia – habilidade da medicina em potenciar melhorias na saúde e no bem-estar dos cidadãos através da aplicação da ciência e tecnologia nas condições mais favoráveis;

- Efetividade – relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde e o resultado potencial;
- Eficiência – habilidade em reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade dos mesmos;
- Otimização – estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo económico;
- Aceitabilidade – adequação dos cuidados de saúde às expectativas, desejos e valores dos utentes e das suas famílias. Este atributo engloba cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da prestação de cuidados, preferências do paciente quanto aos custos da prestação desses mesmos cuidados;
- Legitimidade – possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade como um todo, o que implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da sociedade, tendo por base os costumes, os valores, os princípios éticos e as leis e normas;
- Equidade – determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade e população. Apela à elevação da justiça e honestidade.

Embora haja a necessidade de reconhecer a importância de cada uma das dimensões da qualidade, a mesma deve ser vista como um todo e não um conjunto de partes fragmentadas (Maxwell, 1984). Em 1992, Maxwell defende que a definição das seis dimensões ou o esclarecimento de quantas dimensões deveria haver são questões muito menos importantes do que a aceitação da sua multidimensionalidade, a essência das dimensões e dos trade-offs políticos entre elas. Acredita que quanta mais distinção houver entre as diversas dimensões da qualidade que identificarmos, mais completo e equilibrado será o perfil de qualidade que proporcionam. Maxwell (1992) identificou como o principal benefício das seis dimensões a oportunidade de expandir e clarificar o pensamento das pessoas e acender a discussão sobre pressupostos e valores subjacentes. Embora Maxwell (1992) reconheça que a qualidade é um conceito multidimensional, não esquece a classificação de Donabedian - estrutura, processo e resultados – que unidos permitem encontrar formas de medir e avaliar os progressos da qualidade (figura 3.2). A ideia principal de Maxwell (1992) quando construiu esta matriz foi a de demonstrar que o reconhecimento da multidimensionalidade facilita visualizar onde

determinado critério específico se encaixa numa visão abrangente de qualidade, mostrando também quais os aspetos de desempenho que não estão adequadamente cobertos pelos atuais indicadores, sugerindo que direção se deve tomar para colmatar essas lacunas (Maxwell, 1992).

Figura 3.2 – Matriz da multidimensionalidade da qualidade integrada nas categorias de avaliação de desempenho

		Donabedian		
		Estrutura	Processo	Resultado
Maxwell	Efetividade			
	Aceitabilidade			
	Eficiência			
	Acesso			
	Equidade			
	Relevância			

Fonte: Baseada em Maxwell, *Dimensions of quality revisited: from thought to action, Quality in Health Care*, 1992, p. 175, box 6

Maxwell (1992) considera que para implementar um sistema de qualidade em serviços de saúde é necessário cumprir oito pressupostos: (1) compromisso de prestação de cuidados de qualidade aos utentes; (2) tradução de boas ideias em ação; (3) ênfase no desempenho da equipa; (4) eliminação sistemática de falhas no desempenho e barreiras para o bom desempenho; (5) reconhecimento da dupla responsabilidade de cada membro da equipa - isto é, cada membro tem a responsabilidade de fazer bem o trabalho e de ajudar a encontrar maneiras de fazê-lo melhor; (6) uso diagnóstico dos conceitos de qualidade (por exemplo, as seis dimensões) para determinar quando intervir para aumentar a qualidade; (7) medição contínua do progresso, a fim de apoiar a melhoria; e (8) visualização de iniciativas específicas de qualidade dentro do contexto mais amplo de qualidade no sistema como um todo. Às seis dimensões da qualidade Maxwell (1992) defende que deve ser dada uma determinada orientação de ação, como as referidas nestas oito ações/pressupostos.

O modelo dos sistemas proposto por Donabedian (1980) para a medição da qualidade é considerado por alguns autores como o modelo metodológico mais conhecido para a avaliação de desempenho de entidade de saúde, embora existam diversos modelos,

todos eles legítimos, podendo ser apropriados em momentos diferentes e/ou em contextos diferentes (Champagne & Contandriopoulos, 2005).

Com a frase de Rocha (2001: 10) “Não sendo adequado sujeitar as organizações públicas à lei do mercado, mas tornando-se importante avaliar a sua performance, só se torna possível através da construção de indicadores que permitam medir a sua eficiência, eficácia e qualidade” damos início ao subcapítulo 3.3, onde abordamos a importância dos indicadores e das medidas de desempenho.

3.4 - Indicadores e medidas de desempenho

Os indicadores de saúde podem ser considerados instrumentos de medida sumária que refletem, direta ou indiretamente, informações consideradas relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde, bem como dos fatores que a determinam (Institute of Medicine, 1988; Nutbeam D, 1998 citados por DGS, 2012a), incluindo o desempenho do sistema de saúde, permitindo a quantificação, monitorização e avaliação da saúde.

A escolha dos indicadores deverá ser realista, tentando ao mesmo tempo limitar o peso da recolha de dados e a otimizar a qualidade dos indicadores (Champagne & Contandriopoulos, 2005). Malik & Shiesari (1998) defendem que os indicadores a ser avaliados devem ser cuidadosamente definidos e escolhidos sob consenso, enfatizando também que deve ser clarificada a sua fórmula de cálculo, o objetivo da mensuração e o que poderá ser visível através do seu cálculo. Deverão sempre ser contextualizados no tempo e no espaço e integrados com outros indicadores para se poder efetuar uma avaliação da situação em estudo.

Vários pressupostos devem estar reunidos para os indicadores serem efetivamente implementados, segundo Malik & Shiesari (1998: 47, tradução livre): “(1) definir o que se quer medir; (2) verificar os indicadores preconizados pela literatura ou adotados em outras regiões ou países; (3) verificar a possibilidade de recolha de dados de forma fácil; (4) validar o uso dos indicadores escolhidos para a realidade proposta, incluindo o consenso entre os envolvidos; (5) definir os responsáveis pela recolha e pela análise; (6) estabelecer a organização da análise e monitorização dos indicadores; (7) estabelecer um mecanismo de garantia de uso dos indicadores para a tomada de decisão ou para a mudança de práticas”.

Na tentativa de clarificar os conceitos de medida de desempenho e sistema de medição de desempenho, Neely et al. (2005: 1229, tradução livre), citando Neely (1994) desenvolveram as seguintes definições:

“Medida de desempenho pode ser definida como uma medida para quantificar a eficiência e/ou efetividade da ação.”

“Sistema de medição de desempenho pode ser definido como o conjunto de medidas usadas para quantificar tanto a efetividade como a eficiência das ações.”

Segundo Loeb (2004) existem duas abordagens utilizadas em cuidados de saúde para a definição de medidas de desempenho: (1) uma abordagem que defende que se deve verificar os dados que já estão disponíveis na organização e posterior reflexão sobre o que deverá ser medido, tendo por base os dados já existentes. É uma abordagem custo-efetiva com a desvantagem de poder estar a menosprezar aspetos importantes pois a reflexão sobre o que deve ser medido baseia-se em dados já disponíveis; e (2) uma abordagem que consiste em questionar quais os aspetos que necessitam ser medidos e só posteriormente verificar quais os dados disponíveis para dar resposta às necessidades de medição, desta forma se os dados necessários não estiverem disponíveis, terão de se tomar as devidas providenciais para esses elementos serem adicionados na recolha de dados.

Ninguém nega a importância dos indicadores para medição de desempenho, embora Arah et al. (2003) defendam que são maioritariamente indicadores de resultados e menos frequentemente indicadores de medidas de processo. Já Bankauskaite & Dargent (2007) referem que uma medida de processo só tem valor se tiver ligação a um resultado, pois não só importa que o procedimento tenha sido realizado aos pacientes corretos, mas também se deve ter em conta a forma como os procedimentos foram realizados.

De uma forma ampla, os indicadores de desempenho de avaliação em saúde podem ser considerados instrumentos de medida que refletem informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como os fatores que a determinam, permitindo aos serviços de saúde comparar-se a serviços semelhantes. Desta forma os indicadores permitem identificar pontos a melhorar no estado de saúde da população sendo um instrumento elementar para o planeamento e ajuste de políticas de saúde. Os indicadores considerados no PNS de Portugal poderão ser complementados por outros

indicadores, como sejam específicos das regiões, programas, projetos, ações ou intervenções de interesse nacional e que concorram para a missão do PNS, para permitir a posterior avaliação tendo em conta as desigualdades no desempenho das diferentes regiões.

É também importante definir indicadores internacionais comuns, segundo DGS (2012d), porque permite: (1) assegurar a comparabilidade entre países; (2) estabelecer parâmetros de referência; (3) informar sobre o impacto do desenvolvimento de políticas internacionais.

Uma listagem de indicadores de desempenho na área da saúde materna e neonatal, resultantes de pesquisa a nível nacional e internacional encontra-se no apêndice I, mas como se poderá confirmar podemos encontrar variadas dimensões de desempenho, inclusivamente com nomenclaturas diferentes mas com a mesma definição e a mesma forma de cálculo, pois cada organismo tem o seu próprio modelo de medição com as suas próprias dimensões prioritárias. Somente faço referência às dimensões quando estão claramente definidas nos documentos encontrados, para eu própria não correr o risco de tirar elações erradas do motivo da utilização desse mesmo indicador, assim como não faço referência à fórmula de cálculo quando não está presente na fonte.

3.4.1 -Indicadores de desempenho das USFs e UCSPs

Segundo Kringos et al. (2010) existem dez dimensões fundamentais que constituem um sistema de cuidados de saúde primários, estando estas dimensões enquadradas na tríade estrutura, processo e resultado:

- Estrutura: governança, condições económicas e desenvolvimento de força de trabalho;
- Processo: acesso, continuidade de cuidados, coordenação dos cuidados e integridade do cuidado;
- Resultado: qualidade dos cuidados, eficiência dos cuidados e equidade em saúde.

Em Portugal existe uma panóplia de indicadores com o intuito de monitorizar e avaliar as atividades das unidades de saúde. A nível dos cuidados de saúde primários podemos identificar três tipos diferentes de indicadores: indicadores contrato-programa, indicadores institucionais e indicadores financeiros.

Os indicadores de contrato-programa podem ser distribuídos por 3 vertentes: nacional, regional e local. De realçar que os indicadores regionais são estipulados por cada ARS, sendo que dois deles podem variar por ACES, de acordo com as necessidades da sua população.

Os indicadores institucionais contratualizados com as USFs e UCSPs podem ser agrupados em quatro classes: acesso, desempenho assistencial, qualidade percecionada pelos utentes e desempenho económico ou eficiência, sendo que somente algumas das USFs (as que se integram no modelo B e modelo C) podem receber incentivos institucionais (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010).

Iremos agora abordar brevemente os principais indicadores de desempenho incluídos na avaliação das USF no que diz respeito aos cuidados de saúde materna e neonatal. Na dimensão Acesso pretende-se avaliar o desempenho das unidades de acordo com a utilização das consultas de saúde materna e neonatal/saúde infantil; na dimensão Desempenho Assistencial incluem-se critérios associados à prevenção, assistência e acompanhamento na área de saúde materna neonatal/saúde infantil; a dimensão Qualidade Percecionada engloba a satisfação dos utentes com os cuidados prestados e por último; a dimensão Eficiência avalia a política de prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) assim como indiretamente permite analisar o cumprimento de orientações relativas à correta abordagem de quadros clínicos.

Por fim, os indicadores financeiros são agrupados em seis classes referentes a atividades no âmbito de (1) planeamento familiar, (2) saúde materna, (3 e 4) saúde infantil com idades compreendidas entre os 0-2 anos, (5 e 6) grupos de risco com a patologia de diabetes e hipertensão (Missão para os cuidados de saúde primários, 2006). Tal como os incentivos institucionais, também os incentivos financeiros só podem ser atribuídos a funcionários de USFs modelo B e C, neste caso exclusivamente a enfermeiros e pessoal administrativo.

Quando se fala na utilização de indicadores como uma boa ferramenta de gestão, necessariamente, pensa-se em acesso a dados e facilidade no seu manuseamento (Malik & Shiesari, 1998), ou seja através dos sistemas de informação.

A implementação de estratégias e políticas nacionais, regionais ou locais, implica a sua monitorização e avaliação, processos que só podem ser executados de forma sistemática e com custos razoáveis se baseados em informação disponível, suportados por sistemas de informação interoperáveis. Em Portugal o SNS produz atualmente muita informação, que se encontra muitas vezes a nível local, sem uma dimensão de análise regional e /ou nacional e, conseqüentemente é muito mal aproveitada no seu potencial (Delloite, 2011). Embora não trabalhe os dados de saúde de um modo integrado e coerente, Portugal tem vários instrumentos preciosos de informação em saúde, alguns dos quais são raros ou inexistentes na maioria dos países, mas que cá não têm sido utilizados em todas as suas potencialidades como é exemplo do Projeto Europep que permite a avaliação anual da satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários (Biscaia et al., 2008).

Na perspetiva da DGS (2012a) e da CNSMN (2006) os sistemas de informação das instituições devem-se articular e permitir um sistema integrado de informação, que promova a monitorização da adequação e do desempenho das instituições, e a obtenção de ganhos em saúde. A informação fornecida por estes sistemas tem de ser sólida e credível sobre os fenómenos de saúde e doença, bem como sobre as estratégias e dispositivos montados para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, sendo instrumentos essenciais para a otimização desses sistemas.

A avaliação de desempenho organizacional e clínica, incluindo a auditoria clínica é entendida como um processo integrado e periódico (WA Country Health Services, 2011). As auditorias clínicas analisam a qualidade dos resultados dos cuidados clínicos, incluindo os procedimentos utilizados para o diagnóstico e tratamento, o uso de recursos, bem como a adequação da avaliação dos resultados clínicos e qualidade de vida do paciente (WA Country Health Services, 2011). Maxwell (1984) afirmava que a auditoria própria era boa, mas a auditoria externa era vista como uma ameaça.

3.5 – Sistemas de avaliação de desempenho em serviços de saúde

Os sistemas de medição de desempenho nasceram na era industrial (mais concretamente entre 1850 e 1975), período em que se cingia apenas às medidas de carácter financeiro para determinar o sucesso das organizações (Ponte et al. (2008) citando Kaplan & Norton (1997)). É ainda referido por estes autores que diversos fatores foram determinantes para a conclusão de que somente as medidas financeiras eram

insuficientes para se atingir os principais objetivos para a obtenção de sucesso nas organizações (Ponte et al. (2008) citando Kaplan & Norton (1997)). A medição de desempenho nos sistemas de saúde começou a desabrochar na mesma altura, com Florence Nightingale (considerada a pioneira na avaliação metódica) através da recolha de dados referentes à mortalidade e taxas de infeção a nível hospitalar (Maxwell, 1984; Loeb, 2004).

Smith et al. (2008) referem que desde final do século XX que se deteta um acentuado crescimento no desenvolvimento da medição de desempenho nos sistemas de saúde, existindo diversos fatores que para tal contribuíram, dos quais se destaca a maior necessidade de: (1) conter os custos nos sistemas de saúde, (2) informar os utentes adequadamente e (3) supervisionar devido ao crescente sentido de responsabilidade dos profissionais e entidades prestadoras de cuidados de saúde. Alerta-se também para a importância que os avanços das tecnologias da informação tiveram para o desenvolvimento dos sistemas de medição de desempenho (Smith et al., 2008).

3.5.1 – Ciclo dos sistemas de medição de desempenho

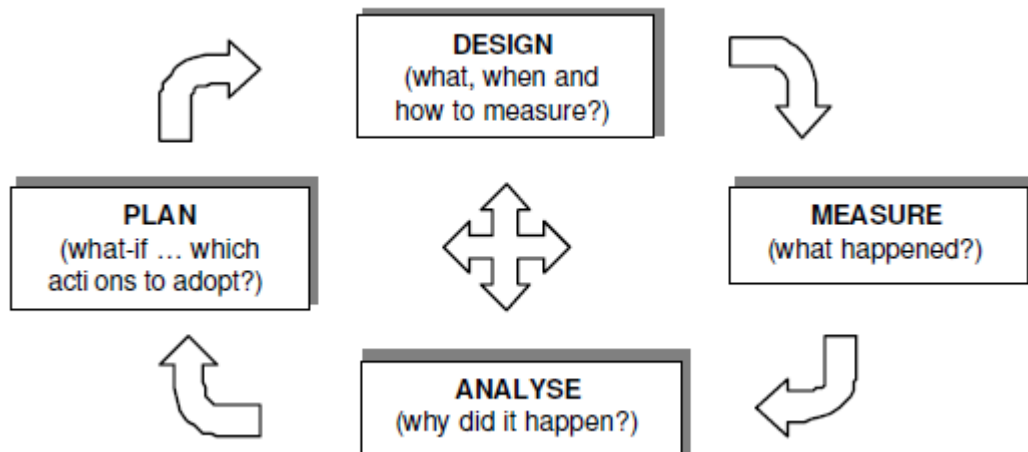
Desenvolvido por Santos et al. (2002) a figura 3.3 apresenta as diferentes fases do processo de medição e gestão de desempenho (conceção de sistemas de medição, a sua execução, análise e utilização) e a sua interação como um processo contínuo, necessário se se pretende que a medição do desempenho permita uma melhoria duradoura e contínua do desempenho. Foi construída na tentativa de sintetizar os principais problemas e desafios que os sistemas de medição de desempenho (SMD) enfrentam.

Adair et al. (2006) defendem também que a medição do desempenho tipicamente envolve quatro etapas: (1) conceptualização e estratégia, (2) seleção de medidas e desenvolvimento, (3) recolha de dados e análise e (4) comunicação e uso.

De realçar a interatividade neste processo de medição e gestão do desempenho em contraste com uma simples sequência de passos (Santos et al., 2002). Além disso deverá ser tido em conta as constantes necessidades de adaptação devido a possíveis mudanças no meio da organização ou mudança das valorizações dos stakeholders que leva à necessidade de desenvolvimento de novas estratégias, novas medidas de desempenho, pelo que os sistemas de medição devem ser dinâmicos e devem evoluir conforme essas

necessidades (Santos et al., 2002). O sistema proposto deverá ser portanto regularmente monitorizado e atualizado (Santos et al., 2002).

Figura 3.3 – Ciclo de um sistema de medição de desempenho



Fonte: Santos et al., Adding Value to Performance Measurement by Using System Dynamics and Multicriteria Analysis, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 22 No. 11, 2002, p. 1246-1272

Basicamente o sistema de medição de desempenho é composto por 4 etapas, sendo elas design, medição, análise e ações. De seguida descreve-se sucintamente cada uma das etapas.

- Design

A primeira etapa de formação de SMD, onde se deve definir o que medir, quando medir e como medir. Muitas das metodologias dão somente resposta a uma questão: “Que tipo de medidas devem as organizações utilizar”, e carecem na explicação do procedimento de definição de aspetos que deviam ser medidos (Bourne et al., 2000). Logo nesta etapa surge um grande desafio com a ausência de acordo com o que deve ser medido. Nos cuidados de saúde nem tudo pode e deve ser medido pois existem medidas que podem ser proibitivas no que toca ao seu custo de implementação e alerta-se para o facto de algumas medidas serem semelhantes mas definidas de forma distinta, o que poderá provocar fenómenos de sobrevalorização (Loeb, 2004). A análise das especificidades das organizações e das características do ambiente em que estão inseridas é a etapa

inicial quando se pretende formular os fatores que se devem ter em conta nos SMD's (Loeb, 2004).

Através da definição dos objetivos estratégicos, os decisores têm todas as condições para decidir o que deve ser medido, o porque dessa necessidade e como fazer essa medição (Loeb, 2004).

Santos et al. (2002) acreditam ser pacífico afirmar que sistemas de medição de desempenho eficazes fornecem aos decisores toda a informação (através de um conjunto de medidas de desempenho) acerca do cumprimento dos objetivos propostos e sobre a forma como a organização está a desempenhar as suas tarefas. A determinação do conjunto de medidas de desempenho que a organização deveria adotar não é fácil, mas é consensual que os sistemas de medição de desempenho devem alinhar as medidas de desempenho com os objetivos estratégicos da organização (Santos et al., 2002). Desta forma a informação obtida permite perceber se os objetivos estratégicos estão a ser atingidos. Para além disso, se houver necessidade de aplicar medidas corretivas, as medidas serão consistentes com os objetivos.

Para poder ser mais facilmente avaliado o alinhamento entre os objetivos e medidas de desempenho, Santos et al. (2002) defendem que se deve decompor os objetivos da organização de uma forma que se possa aceder facilmente, ou seja, através das medidas de desempenho. Devido à grande quantidade de medidas de desempenho que podem surgir torna-se importante a estipulação de uma hierarquia, ou também uma árvore de medidas de desempenho que facilite a estruturação dessas medidas (desempenho global, dimensões de desempenho e medidas de desempenho).

Após a identificação das dimensões de desempenho e das medidas a usar em cada dimensão, o próximo passo é traçar as metas e avaliar se a organização as está a atingir (Santos et al., 2002).

- Medição

Santos et al. (2002) defendem que após a definição das metas é possível ter uma visão global do desempenho da organização pela agregação das medidas em algumas dimensões de desempenho ou num único indicador de desempenho global. Torna-se altamente provável que o conjunto de medidas identificadas seja composta por medidas

múltiplas e heterogêneas de desempenho que não pode ser facilmente reduzida a uma única dimensão (Santos et al., 2002).

De acordo com Adair (2006), as medidas de desempenho para avaliação dos cuidados de saúde têm sido desenvolvidas para os clássicos três componentes dos cuidados definidos por Donabedian (1980).

As necessidades de medição de desempenho estão em constante mudança o que leva a que o desempenho em sistemas de saúde seja um campo dinâmico. O desenvolvimento de medidas mais compostas de desempenho do sistema de saúde deve-se em grande parte à multidimensionalidade desses mesmos sistemas de saúde (Bankauskaite & Dargent, 2007).

- Análise

Segundo Santos et al. (2002), para que a medição do desempenho seja eficaz, o sistema de gestão deverá proporcionar aos tomadores de decisões informação que, entre muitas coisas, possa proporcionar a identificação das causas do baixo desempenho e quais as medidas a desenvolver para se efetuar uma mudança eficaz e adequada. Mas a identificação das causas dos problemas e o consequente desenvolvimento de medidas apropriadas é frequentemente um processo difícil.

Nesta etapa faz-se uma interpretação dos indicadores selecionados que nos irão proporcionar a observação do desempenho do serviço.

Existe uma grande quantidade de informação sobre o desempenho e as complexas ações estratégicas, o que faz com que os SMD produzam muitos dados e pouca análise, consequentemente surge a dificuldade em conseguir clarificar as ações corretas a implementar assim como a sua análise (Neely et al., 2005).

- Plano de ação

Segundo Lebas (1995), um aspeto fundamental para a definição de medidas que nos levarão a adotar ações adequadas é a compreensão dos processos subjacentes de desempenho, ou seja, identificar qual a etapa do processo que é defeituosa, sendo isto essencial para a definição das ações mais eficazes.

Santos et al. (2002) afirmam que os diferentes stakeholders podem ter objetivos diferentes, e por vezes conflituosos, havendo a necessidade de escolher (trade-offs). Por

vezes quando há identificação de resultados de medição menos positivos, pode acontecer que nenhum dos cursos alternativos de ação a ser considerado seja capaz de otimizar todas as medidas de desempenho, dado que alguns deles são conflitantes.

Existem várias abordagens para priorizar ações/medidas na área da saúde, podendo ser divididas em duas categorias (Mitton, 2002): (1) abordagens económicas, que se baseiam num processo em que os custos do programa, nas suas várias alternativas são comparados com as suas consequências, no que se refere a melhoria da saúde ou da economia de recursos. O custo de oportunidade e a maximização dos benefícios para um dado nível de custos são os dois princípios desta análise económica (Mitton, 2002). Estas abordagens económicas englobam vários critérios, entre os quais análise de custo-benefício, análise de custo – efetividade e análise de custo-utilidade; (2) abordagens não económicas, em que se destaca a avaliação das necessidades, que consiste na análise das necessidades do indivíduo/população e determinação de quais os cuidados mínimos essenciais para colmatar as necessidades detetadas (Mitton, 2002). Mitton (2003) esclarece que um dos problemas desta abordagem não económica prende-se com a subjetividade do conceito de necessidade e com o facto de se estabelecer um mínimo de serviços para os quais pode não haver verba.

3.5.2 – Modelos de medição de desempenho

Diversos modelos de medição de desempenho foram desenvolvidos ao longo do tempo, tais como: a (1) metodologia Seis-Sigma, (2) o Modelo de Excelência da EFQM (European Foundation for Quality Management), (3) a Matriz de Suporte de Medidas de Desempenho, (4) a Pirâmide de Desempenho, (5) a Matriz de Resultados/Determinantes e (6) o Prisma de Desempenho. No entanto, todos estes modelos são considerados insuficientemente genéricos para a sua aplicabilidade em diferentes contextos, como na área da saúde (Bourne et al., 2000).

Além disso, como referem Champagne & Contandriopoulos (2005) devido à visão paradoxal do desempenho surgiu a necessidade de adoção de uma abordagem holística ou configuracional do desempenho, ou seja, a consideração simultânea de todos os modelos ou grande parte deles.

Kaplan & Norton perceberam que só uma medida não pode fornecer uma visão clara da meta de desempenho ou dar a atenção devida a áreas críticas (Kaplan & Norton, 1992).

Devido à importância que tem sido dada a este modelo, mais recentemente, nos cuidados de saúde, vai ser abordado o Balanced Scorecard de uma forma mais detalhada para a vertente hospitalar e posteriormente será apresentada uma proposta de modelo multidimensional de avaliação de desempenho para os cuidados primários desenvolvido por Amado & Santos (2009).

3.5.2.1 – Balanced Scorecard – âmbito dos cuidados de saúde diferenciados

Talvez o melhor método de desenvolvimento de um sistema de indicadores de desempenho seja o Balanced Scorecard (BSC), permitindo comparar o desempenho organizacional entre entidades pares (Kalinichenko et al., 2013).

O BSC aparece como uma resposta desejada, deixando no passado os conceitos de gestão com visões desfragmentadas das organizações que basicamente eram baseadas em aspetos meramente financeiros (Ribeiro, 2008). Inicialmente desenvolvido para o sector privado foi adaptado pelas instituições do sector da saúde a nível mundial, com bons resultados, sendo vista como uma disponível ferramenta de controlo de gestão e de avaliação de eficiência e eficácia das unidades de saúde (Ribeiro, 2008). Neste sentido, este instrumento de gestão pode ser utilizado em empresas em que o aspeto financeiro é uma limitação e não um objetivo (Ribeiro, 2008).

O BSC assenta em dois princípios básicos, o equilíbrio e a mensuração. O princípio do equilíbrio reflete a importância da ligação entre os objetivos de curto e de longo prazo, entre os indicadores de atividade e os indicadores de resultados, entre a perspetiva interna e perspetiva externa da organização e entre a utilização de medidas financeiras e não financeiras. A mensurabilidade refere-se à necessidade das variáveis do modelo BSC serem claras, objetivas e mensuráveis (Ribeiro, 2008).

A definição dos conceitos de missão, valores e visão da unidade de saúde são a base para a implementação do BSC, sendo a missão atualmente considerada nos sectores públicos e não lucrativos como uma quinta perspetiva colocada no topo do BSC (Ribeiro, 2008). Este modelo pretende transmitir a visão e a estratégia global da organização, definidos pela gestão de topo, através de indicadores de objetivos e implementação de medidas que englobam quatro perspetivas fundamentais do desempenho organizacional. A estratégia pode ser definida como o modo como os recursos são utilizados para atingir os objetivos (Ribeiro, 2008).

O BSC permite aos decisores um olhar para o negócio desde quatro importantes perspetivas: (1) perspetiva do cliente, (2) perspetiva interna, (3) perspetiva de aprendizagem e inovação e (4) perspetiva financeira. As preocupações dos clientes centram-se em quatro categorias: tempo, qualidade, desempenho e serviço, e custo (Kaplan & Norton, 1991).

Esta visão holística da organização permite, em cada perspetiva, identificar áreas onde a organização é excelente e áreas onde poderá aprender com outras organizações para melhorar o seu desempenho. (Ribeiro, 2008).

Naturalmente o BSC não garante o sucesso da organização, mas ajuda. Esta ferramenta de medição de desempenho não é somente um aglomerado de indicadores separados pelas perspetivas, mas antes um sistema coerente de objetivos e indicadores que permitem um controle interativo e necessário para potenciar a reflexão e aprendizagem contínua que incentivam uma atitude dinâmica que são necessárias perante as constantes alterações do ambiente onde a organização está inserida.

Enquanto modelo de gestão estratégico (figura 3.4) a sua aplicação não se cinge à utilidade como ferramenta de avaliação de performance mas amplia-se para a potencialidade de realizar processos críticos de gestão (Ribeiro, 2008).

Este instrumento de avaliação da performance da organização permite clarificar, a partir da missão e visão, e tornar compreensível a todos os funcionários da organização qual o caminho a percorrer, onde se pretende chegar e quais as ações a implementar para atingir os objetivos organizacionais. Esta ferramenta permite ao gestores ter uma visão imediata e compreensível do comportamento passado e futuro previsível da organização, assim como clarifica onde se pretende chegar (através do esclarecimento dos objetivos e metas) e quais as ações que são necessárias desenvolver (Ribeiro, 2008).

Ribeiro (2008) adaptou as perspetivas do modelo ao sector da saúde, conforme se pode ver na figura 3.5, da seguinte forma:

- perspetiva dos agentes (stakeholders): adaptada da perspetiva do cliente, incide sobre a problemática da avaliação do nível de satisfação das necessidades e interesses dos agentes, sejam eles pacientes, a comunidade, funcionários, entidades pagadoras e governantes);

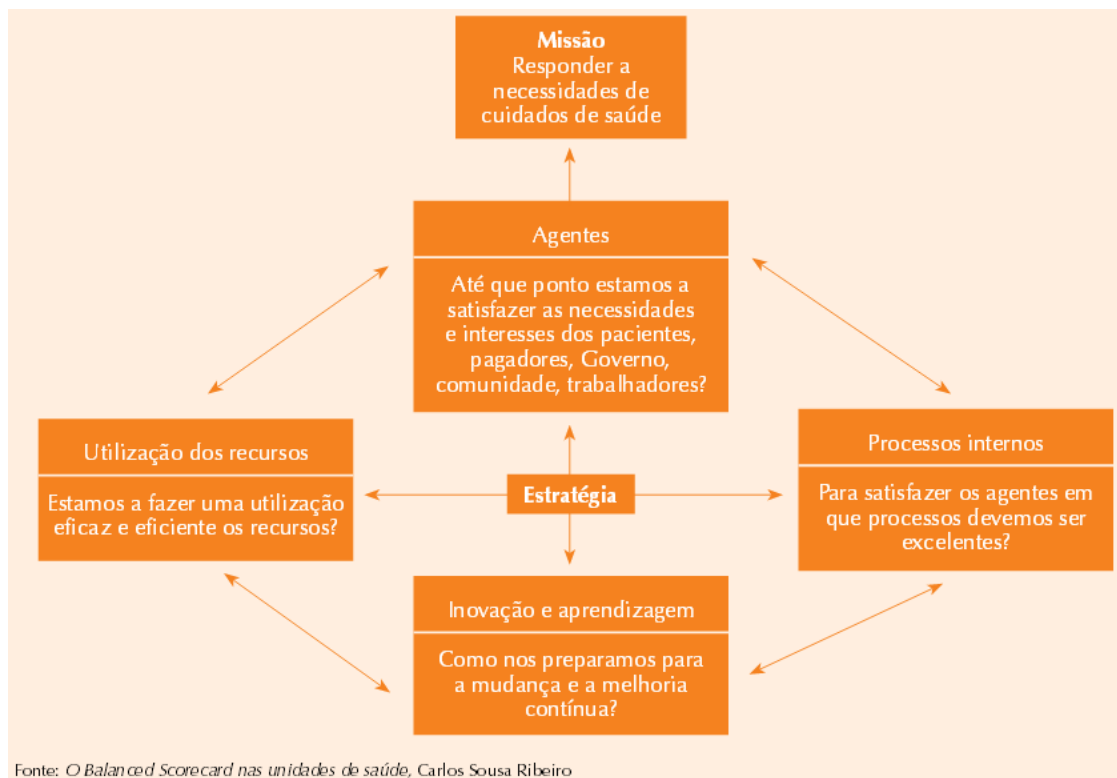
- perspectiva da utilização dos recursos: adaptada da perspectiva financeira, reflete a questão da efetividade da utilização dos recursos, avaliando a utilização eficaz e eficiente dos mesmos. Na definição de recursos estão incluídos os recursos humanos, técnicos, financeiros e outros meios utilizados ou consumidos no desenvolvimento da atividade. Esta designação pretende enaltecer o papel de todos os recursos utilizados no desenvolvimento das atividades hospitalares para a satisfação dos interesses dos diversos stakeholders e não somente os recursos financeiros;
- perspectiva dos processos internos: nesta perspectiva pretende-se identificar claramente os processos críticos, ou seja áreas em que a organização tem que ser excelente para poder atingir os objetivos da perspectiva da utilização dos recursos e satisfazer os interesses dos agentes. É muito importante que os processos internos e os seus objetivos estejam em concordância com os objetivos e metas organizacionais;
- perspectiva da inovação e aprendizagem: pretende-se que haja desenvolvimento de infraestruturas da organização na sua vertente de capital humano, técnico e organizacional para proporcionar melhoria contínua e criação de valor. Compreende-se que a motivação, o desenvolvimento de competências /capacidades dos profissionais da organização assim como a sua atualização técnica é fundamental para a organização atingir um bom desempenho.

Figura 3.4 – O Balanced scorecard como quadro de trabalho estratégico para a ação



Fonte: Ribeiro C., O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced scorecard, Revista da Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas, nº 100, 2008, p. 62

Figura 3.5 – Estrutura do Balanced scorecard-tipo para o hospital sem fins lucrativos

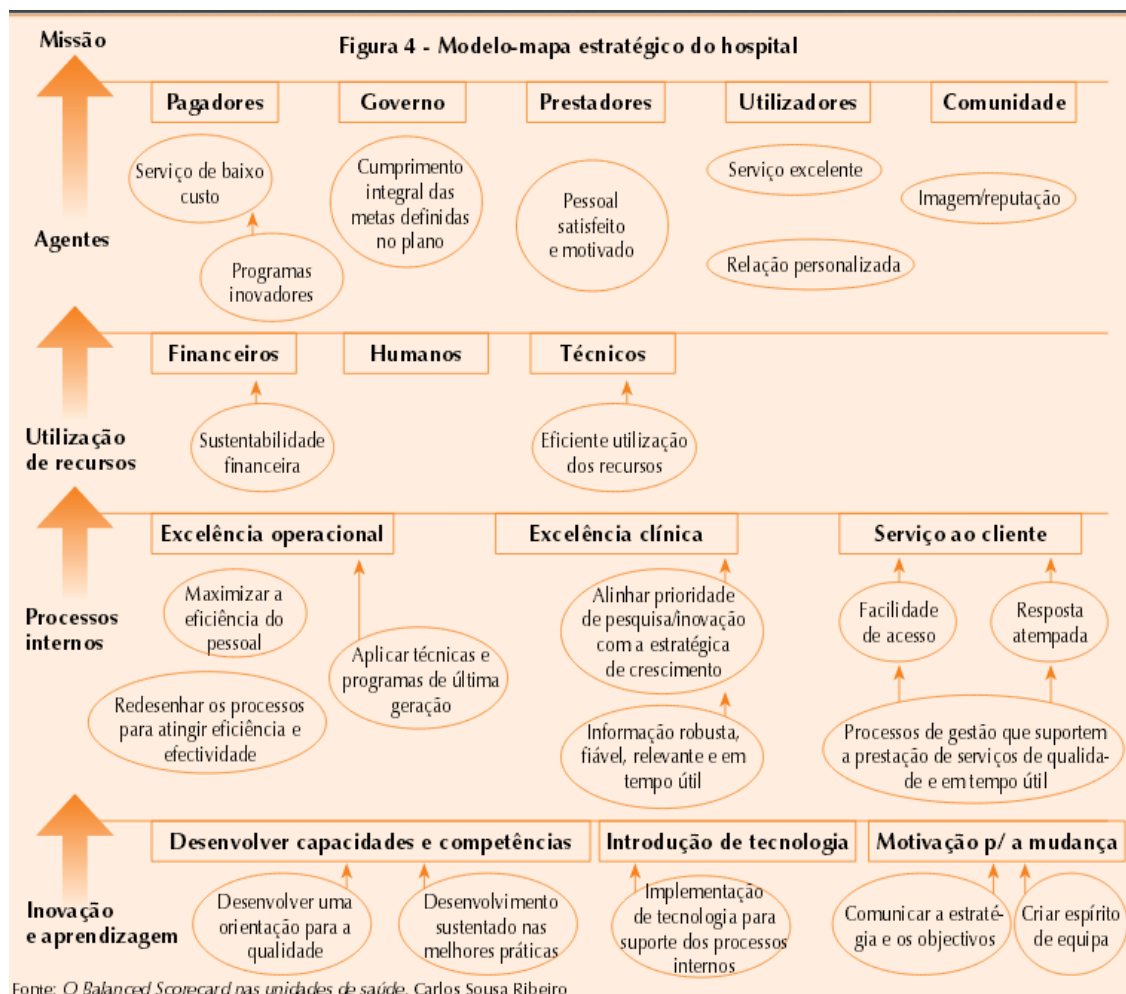


Fonte: Ribeiro C., O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced scorecard, *Revista da Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas*, nº 100, 2008, p. 64

Por fim, referir que neste modelo, o mapa estratégico (figura 3.6) é um instrumento fundamental pois “permite compreender a coerência e a relação do tipo causa-efeito entre os objetivos estratégicos das várias perspetivas e visualizar a estratégia de forma gráfica” além de ser flexível e adaptável às circunstâncias concretas e reais, sem perda da sua sustentabilidade (Ribeiro, 2008).

Conforme já referido, o BSC foi criado para grandes empresas privadas, o que o torna dispendioso em tempo e em meios financeiros. Além disso origina naturais mudanças nas organizações, que por vezes não são um processo fácil pois o desempenho dos colaboradores torna-se mais claro pois é seguido mais de perto, o que pode criar algum desconforto.

Figura 3.6 – Modelo mapa estratégico do hospital

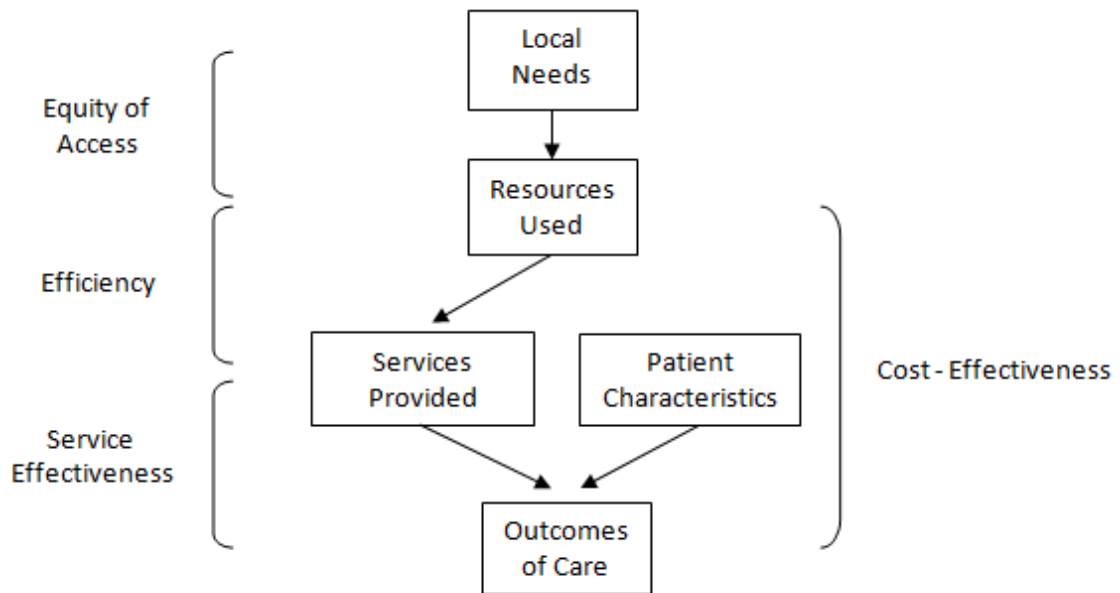


Fonte: Ribeiro C., O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced scorecard, *Revista da Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas*, nº 100, 2008, p. 66

3.5.2.2 – Adaptação do modelo de sistemas de Donabedian – âmbito dos cuidados de saúde primários

No contexto de medição de desempenho dos cuidados de saúde primários surge um modelo muito interessante, desenvolvido por Amado & Santos (2009) figura 3.7.

Figura 3.7 – Modelo conceptual para comparar prestadores de cuidados de saúde primários



Fonte: Amado & Santos, Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centers, *Health Policy* 91, 2009, p. 46

Neste modelo a categoria “necessidades” é definida como a capacidade de um potencial usuário poder beneficiar dos cuidados de saúde, sendo que esta categoria permite medir a dimensão da equidade (Amado & Santos, 2009). Os recursos utilizados em cuidados de saúde primários referem-se ao número de profissionais de saúde que trabalham nos serviços e aos custos com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e outros custos. Os serviços prestados referem-se aos indicadores relacionados com a sua atividade, tal como as consultas médicas, consultas domiciliárias médicas e de enfermagem, entre outros. Este modelo realça as variáveis contextuais, tais como a caracterização de utilizadores por escalões etários, existência de farmácias, proximidade ao hospital de referência, entre outros.

De salientar ainda que, não obstante a importância da medição dos resultados em saúde, esta medição levanta alguns desafios (Amado & Santos, 2009). São exemplos desses desafios os seguintes: o desfazamento que pode ocorrer entre a intervenção e o resultado (Amado & Santos, 2009); a dificuldade em medir a satisfação dos utentes com os

serviços de saúde prestados já que requer a aplicação de instrumentos específicos validados para o contexto.

Para procederem à avaliação destes cinco elementos, Amado e Santos (2009) definiram quatro critérios que podem ser usados para a avaliação do desempenho em cuidados de saúde: equidade de acesso, eficiência, efetividade dos serviços e efetividade de recursos.

Santos et al. (2002) defendem que tendo em conta a complexidade, interdependência e mudança constante do mundo, o desenvolvimento, implementação e uso de medidas de desempenho adequadas e de frameworks de gestão pode ter um papel determinante para o sucesso das organizações, embora seja um dos seus maiores desafios.

3.6 – Conclusão

Ao longo deste capítulo, a multidimensionalidade do desempenho organizacional foi amplamente discutida assim como a dificuldade em medir algumas dimensões, mais concretamente a nível dos resultados. Foi também referido que além desta dificuldade existe o potencial conflito entre as diferentes dimensões pelo que acreditamos existir a necessidade de criar e usar um modelo concetual que integre as várias dimensões e que possibilite a criação de ligações entre elas. Defendemos que a avaliação de desempenho em cuidados de saúde é um importante auxílio para melhorar o desempenho das mesmas através da procura de soluções de mudança pelo que de seguida propomos um modelo concetual para avaliação dos serviços de saúde materna e neonatal em Portugal.

4 - MODELO CONCEPTUAL PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

4.1 – Introdução

Para o governo implementar a estratégia de cuidados na maternidade é imperativo para o sistema focar-se na melhoria da monitorização e avaliação dos cuidados na maternidade por um período sustentado para acumular dados suficientes para análises de tendência e saber se vai no caminho certo para atingir os seus objetivos.

Considerando os desafios inerentes à avaliação de desempenho em serviços de saúde discutidos no capítulo anterior, nomeadamente, a multidimensionalidade do

desempenho e a interação entre dimensões e indicadores, torna-se essencial o uso de um modelo conceitual integrador. Este modelo conceitual funciona como instrumento facilitador de compreensão da articulação de meios e ligações para atingir os objetivos pretendidos, neste caso, em saúde materna e neonatal.

O modelo conceitual representa o fluxo de recursos e processos necessários para produzir os resultados desejados pelo programa de saúde materna e neonatal, mostrando mais claramente as ligações entre metas e objetivos, cursos de ação para obtenção dos resultados tentando transmitir visualmente a relação entre recursos, atividades, produtos e resultados.

A identificação de um conjunto significativo de indicadores de performance primeiro requer conhecimento dos objetivos do programa assim como consideração dos passos ou processos envolvidos para atingir os objetivos do programa. Modelos conceituais (ou frameworks) são muitas vezes usados para garantir que os indicadores de performance são consistentes e refletem os objetivos do programa, sendo que uma série de resultados específicos e mensuráveis são identificados, refletindo mudanças em atitudes, comportamentos, habilidades, etc. que são espectáveis acontecer das atividades do programa.

Apesar das inúmeras vantagens da concepção de um modelo conceitual, podem existir dificuldades na aplicabilidade do modelo no terreno, conforme referido por Viacava et al. (2003) citando McLoughlin et al. (2001) devido a: (1) insuficientes dados clínicos confiáveis e válidos e limitações na qualidade e utilidade dos dados administrativos e dificuldades na sua articulação; (2) dificuldade na identificação de um conjunto de indicadores significativos e úteis, em escala nacional, para proceder à monitorização de atividades nos serviços; e, (3) haver desconfiança dos gestores quanto à utilização dos indicadores como potencial instrumento para redução dos recursos a serem transferidos.

4.2 – Apresentação do modelo conceitual

O modelo conceitual proposto nesta dissertação nasceu de diferentes inspirações:

1) a base fundamental floresce na proposta de avaliação de qualidade segundo Donabedian (1980) através dos pilares Estrutura-Processo-Resultados, sobejamente referida ao longo do trabalho;

2) esta base foi completada pela consulta de uma interessante matriz apresentada por Donabedian (1980) onde se pode observar as posições ocupadas pelas categorias de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde materna, categorias essas inicialmente propostas por Lane & Kelman em 1975 (figura 4.1);

Figura 4.1 – Matriz que mostra as posições ocupadas pelas categorias de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde materna

Categories Proposed by Lane and Kelman		Approaches to Assessment		
		Structure	Process	Outcome
System Attributes:	Accessibility	X		
	Availability	X		
	Responsiveness	X		
	Adequacy	X		
Care Characteristics:	Prevention		X	
	Minimization *		X	
	Maintenance **		x	
	Rehabilitation		X	
Effectiveness				X

*Minimization of adverse consequences

** Maintenance of health

Fonte: Baseado em Lane and Kelman (1975) apresentado por Donabedian, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Health Administration Press, Volume I, 1980, p. 99

3) esta matriz foi completada com a análise das dimensões da qualidade dos cuidados de saúde propostas por Maxwell (1992) e das dimensões pelas quais se rege o serviço de saúde que se apresenta na figura 4.2;

Figura 4.2 – Grupos de indicadores de saúde

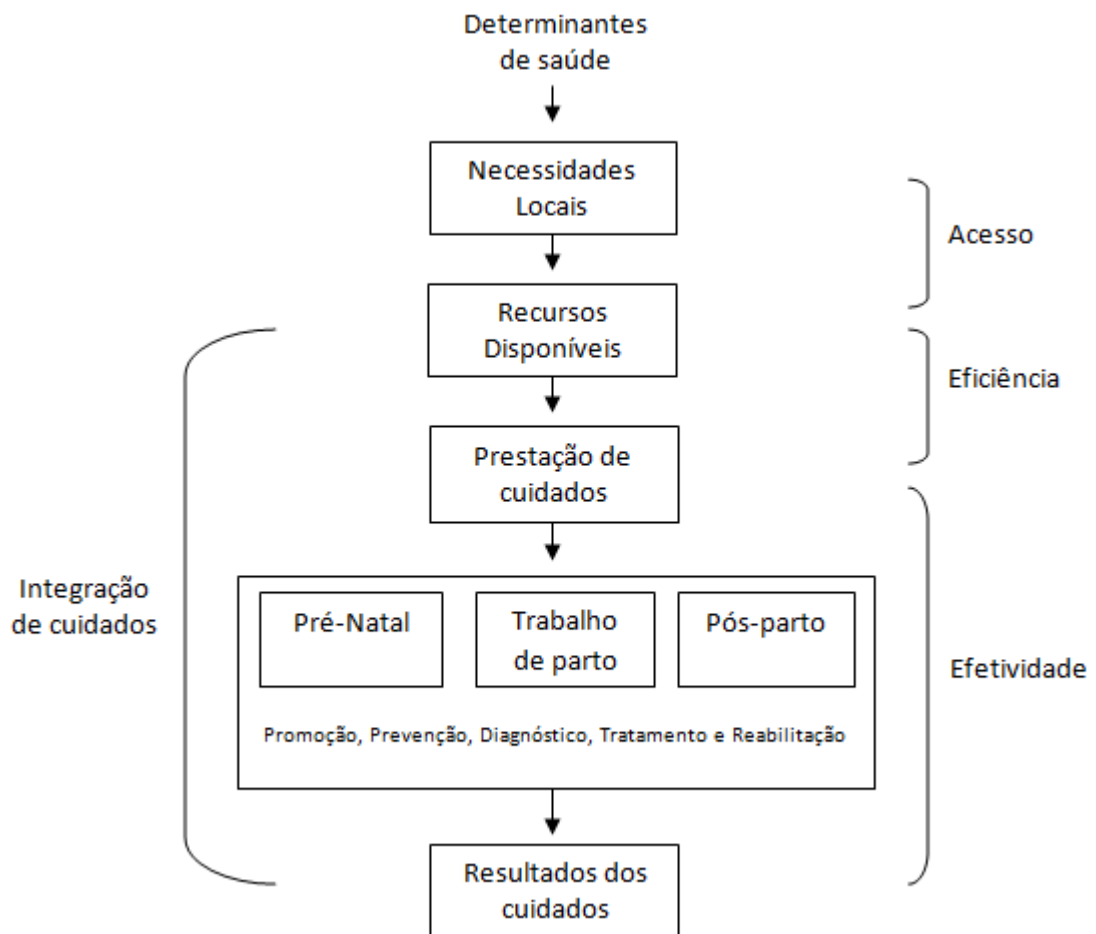
Estado de Saúde			
Mortalidade	Situação de saúde	Incapacidade	Bem-estar
Por grupos de idade (por ex. infantil); por causas específicas; derivados (por ex. esperança de vida, AVPP)	Interfere com a atividade diária e com a procura dos serviços de saúde.	Inclui deficiência (da função ou estrutura do corpo), limitação de atividade (dificuldade na execução de uma tarefa ou ação)	Físico, mental e social. São exemplos a auto-percepção do estado de saúde.
Determinantes de Saúde			
Comportamentos	Condições de vida e trabalho	Recursos Pessoais	Ambientais
Que influenciam o estado de saúde.	Perfil socioeconómico e condições de trabalho.	Prevalência de fatores como apoio social e eventos de vida produtores de estresse relacionados com a saúde.	Que influenciam o estado de saúde.
Desempenho do Sistema de Saúde			
Aceitabilidade	Acesso	Qualidade	Capacitação do cidadão
Responde às expectativas do cidadão, comunidade, prestadores e pagadores.	Adequado conforme as necessidades.	Adequado e baseado em padrões estabelecidos.	Os conhecimentos do cidadão são adequados aos cuidados prestados
Integração de cuidados	Efetividade	Eficiência	Segurança
Capacidade de prestar cuidados, de forma continuada e coordenada, através de programas, profissionais entre níveis de cuidados, ao longo do tempo.	São atingidos os resultados propostos, a nível técnico e satisfação de prestadores e utentes.	Os resultados são maximizados (quantitativa e qualitativamente) com um mínimo de recursos e tempo despendidos.	Riscos potenciais de uma intervenção ou do próprio ambiente dos serviços de saúde
Contexto			
Não são indicadores do estado de saúde ou de desempenho do SdS mas fornecem informações contextuais úteis, permitindo comparar populações entre si e ao longo do tempo.			

Fonte: DGS, Indicadores e metas em saúde, DGS, 2012a, p. 3

4) por fim, procurou integrar-se os elementos que constam no modelo concetual para comparação dos prestadores de cuidados de saúde primários segundo Amado & Santos (2009) que se apresentou na figura 3.7.

Desta análise de variadas vertentes surge o modelo concetual proposto para avaliação de desempenho dos serviços de saúde materna e neonatal em Portugal (figura 4.3) como um potencial instrumento de auxílio para a gestão dos serviços de saúde materna e neonatal, eventualmente direcionada para as UCFs conseguirem obter informações necessárias para conhecer o desempenho das suas unidades e para definição de estratégias que colmatem os pontos menos positivos e enalteçam os pontos positivos do seu desempenho.

Figura 4.3 – Modelo conceitual para avaliação de desempenho dos serviços de saúde materna e neonatal em Portugal



Existem variados determinantes de saúde como os referidos na figura 4.2, como sendo comportamentos que as pessoas adotam e que podem influenciar o estado da sua saúde, assim como as próprias condições de vida e de trabalho e os recursos pessoais e ambientais. Estes determinantes irão provocar determinadas necessidades de cuidados de saúde, identificadas a nível nacional e mais especificamente a nível local.

As necessidades locais referem-se aos indivíduos que podem beneficiar das ações dos serviços de saúde, ou seja, as grávidas, recém-nascidos e as puérperas.

Os recursos utilizados são providenciados e remetem para o número de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros), gastos com exames complementares de diagnóstico e terapêutica, gastos com medicação, entre outros gastos.

Da etapa de identificação de necessidades à provisão de recursos podemos avaliar até que ponto os recursos estão acessíveis aos utentes. Tal como discutimos anteriormente, não basta um indicador para dar uma visão global do desempenho em determinada dimensão, são vários indicadores de várias dimensões, sendo por vezes difícil definir bem a sua dimensão pois todas elas estão interligadas para o mesmo fim, avaliar o desempenho dos prestadores dos serviços de saúde.

Os cuidados de saúde prestados dizem respeito às atividades propriamente ditas e são adequados à especificidade de cada grávida, nas diferentes vertentes dos cuidados e nas diferentes etapas em que se encontra (pré-natal, trabalho de parto e pós-parto). Segundo Lane & Kelman (1975) referido por Donabedian (1980), esses cuidados são prestados no âmbito da (1) prevenção; (2) minimização das consequências; (3) manutenção da saúde e (4) reabilitação e reinserção social e podem ser clarificados nas diferentes etapas da saúde materna. No apêndice I encontram-se exemplos de alguns indicadores que já se encontram agrupados pelas etapas que a mulher atravessa ao longo da gravidez, sendo incluído no pós-parto também a saúde neonatal.

Por fim, os resultados dos cuidados são os mais difíceis de avaliar e pretendem avaliar o impacto na população dos cuidados prestados. Este impacto poder ser imediato ou tardio, com efeitos visíveis após meses ou anos e pode ter uma componente física ou psicológica.

Relativamente às dimensões de desempenho escolhidas para integrar o modelo, foram escolhidas as seguintes:

- Acesso – é a medida que avalia a facilidade de acesso que a grávida tem a cuidados de saúde em tempo útil, sem dificuldades organizativas, físicas, geográficas, económicas, culturais ou psicológicas (Maxwell, 1992);
- Eficiência – é uma medida que permite analisar até que ponto o prestador de cuidados é capaz de usar os recursos disponíveis para fornecer a quantidade máxima possível de serviços de saúde relevantes ou então pode ser também entendida como uma medida que permite determinar até que ponto o prestador de cuidados é capaz de proporcionar um certo nível de serviços, minimizando ao mesmo tempo os recursos utilizados (Amado & Santos, 2009);

- Efetividade – com esta medida pretende-se avaliar o grau em que os serviços prestados atingiram os resultados esperados tanto a nível técnico como a nível de satisfação dos profissionais e utentes (DGS, 2012b);
- Integração de cuidados – com a medida pretende-se compreender a continuidade dos cuidados entre diferentes profissionais de níveis de cuidados diferentes (DGS, 2012b). A continuidade de cuidados e a sua integração é observada desde os recursos que se dispõe para efetuar a prestação de cuidados até aos resultados finais. Para se fazer uma avaliação integrada do desempenho tem que se compreender todo este caminho, são serviços diferentes mas que trabalham em conjunto para o mesmo fim.

Embora o trabalho se centre na saúde materna e neonatal o papel de retaguarda que deve ser feito, no âmbito de planeamento familiar é fundamental para quando a mulher engravidar.

Neste sentido e também na tentativa de facilitar a aplicabilidade de determinadas medidas e melhorar a comunicação e articulação com as UCFs acredito ser benéfico e facilitador a oficialização de responsáveis, em todas as unidades de saúde do programa de saúde materna e neonatal. Seriam assim agentes de ligação e referência nesta área, promotores da saúde materna e neonatal e impulsionadores de aplicação de estratégias de melhoria, já previamente definidas, na sua unidade de saúde.

4.3 - Conclusão

Existem modelos desintegrados de medição ou avaliação de desempenho aplicados aos diferentes prestadores de cuidados do SNS, o que consideramos não ser o indicado quando se pretende ter uma visão integrado e completa do desempenho dos serviços que prestam cuidados às grávidas, recém-nascidos e puérperas. Desta forma, cada UCF desempenharia um papel determinante podendo proporcionar uma avaliação integradora e não desintegrada. Aspeto muito importante para que tal aconteça prende-se com a necessidade de existência de dados fiáveis. Não obstante à possibilidade de continuarem a usar modelos específicos de avaliação de desempenho, é útil que se trabalhe no sentido da harmonização dos sistemas de informação e do desenvolvimento de um modelo único que permita uma avaliação integrada dos prestadores de cuidados.

5 - BREVE ANÁLISE DE ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL EM PORTUGAL E ESTABELECIMENTO DE PLANO DE AÇÃO

5.1 – Introdução

Após a apresentação do modelo concetual para os serviços de saúde materna e neonatal achamos relevante realizar uma breve análise de alguns indicadores de desempenho nesta área tentando identificar os motivos que induziram aos desvios das metas traçadas inicialmente. Para finalizar será apresentado um leque de estratégias com o intuito de melhorar os indicadores de desempenho.

Em Portugal houve uma grande diminuição da mortalidade materna e perinatal entre 1960 e 2008 graças às políticas assertivas que foram implementadas na área da saúde, sendo um dos exemplos positivos a nível mundial (WHO, 2008). Podemos confirmar esta afirmação observando as tabelas 5.1 e tabela 5.2.

Tabela 5.1 – Evolução da taxa de mortalidade neonatal e fetal tardia em Portugal

	1960	2011
Taxa de mortalidade neonatal	27,9	2,4
Taxa de mortalidade neonatal precoce	15,0	1,5
Taxa de mortalidade fetal tardia	26,5	2,3

Fonte: base de dados PORDATA

Tabela 5.2 – Evolução de indicadores de natalidade e mortalidade em Portugal

	2006	2010
Total de nados-vivos	105449	101507
Total natalidade	9,9	9,5
Total mortalidade neonatal precoce (até 7dias)	1,6	1,1
Mortalidade fetal de 28 e mais semanas	3,3	2,4
Mortalidade fetal de 22 e mais semanas	3,9	3,1
Mortalidade perinatal de 22 e mais semanas	5,5	4,3

Fonte: Baseado em DGS, Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal 2006/2010, Lisboa, 2011

Embora muitos indicadores sejam positivos, outros ainda não atingiram a meta estando inclusivamente a caminhar em sentido contrário. Segundo o referido por DGS (2012c), a evolução dos indicadores do PNS 2004-2011 (ACS, 2010) na área de saúde materna e neonatal apresenta-se da seguinte forma:

Metas atingida

- % de nascimentos em mulheres adolescentes
- Taxa de mortalidade fetal
- Taxa de mortalidade perinatal
- Taxa de mortalidade neonatal

A caminho da meta

- Esperança de vida à nascença
- Mortalidade perinatal

Em sentido contrário

- % de nascimentos em mulheres < 35anos
- % de nascimentos pré-termo
- % de crianças com baixo peso à nascença
- % de partos por cesariana

Não monitorizados

- % de mulheres qua amamentam em exclusivo até aos 3meses
- % de grávidas que fumam durante a gravidez

Tendo em conta a evolução em sentido contrário de determinados indicadores, percebemos que é necessário intervir de alguma forma para poder diagnosticar o que se passa a nível da comunidade e do sistema de saúde que justifique que os valores não tenham evoluído da forma que se propunha inicialmente. Para tal, a avaliação dos sistemas de prestação de cuidados de saúde materna seria um bom instrumento para poder identificar possíveis fatores, inseridos na prestação de cuidados, que pudessem ser aperfeiçoados para melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal. Esta monitorização seria assim uma das formas promotoras de melhoramento dos cuidados de saúde materna e neonatal.

5.2 – Análise dos possíveis motivos de desvio face às metas traçadas

Certamente existem imensas razões plausíveis que contribuíram para não se conseguir atingir algumas das metas estabelecidas. Algumas podem parecer óbvias, outras nem tanto, mas existirão certamente algumas que não conseguimos identificar sem recorrer a uma avaliação adequada dos serviços de saúde. De seguida apresentamos a compilação de várias evidências presentes em Ministério da Saúde (2004a), Alto Comissariado da Saúde (2009), DGS (2012c) e Commonwealth of Australia (2009).

Referido pelo Ministério da Saúde (2004a) embora a percentagem de grávidas que em Portugal tem, pelo menos, uma consulta pré-natal durante a gravidez parecer ser superior a 98%, (sendo que mais de 80% inicia vigilância antes da 16ª semana de gravidez e 80% realiza esquema de vigilância adequado) existe alguma controvérsia relativa ao programa de rastreios que deveria ser efetuado no período pré-natal que tem início com a cobertura de consultas médicas pré-concepcionais se manter baixa, o que poderá originar gravidezes não desejadas, possivelmente detetadas tardiamente, o que poderá levar algumas grávidas a prolongar estilos de vida que podem prejudicar a gravidez. A escassez de recursos humanos é outro fator importante também referido por Ministério da Saúde (2004a) e CNSMI (2004), pois a falta de médicos obstetras e enfermeiros especializados e saúde materna e obstetrícia, poderá condicionar o correto atendimento de grávidas passíveis de seguimento hospitalar.

Segundo Australian Health Ministers' Conference, Commonwealth of Australia (2011), o sedentarismo poderá levar à obesidade, que é um fator de risco significativo para os resultados adversos e comorbidade durante a gravidez e o parto. Devido à obesidade da grávida existe maior probabilidade de ocorrer diabetes gestacional, tromboembolismos, ou hipertensão, aumentando o risco de parto por cesariana, morte fetal, lesão de parto, admissão de cuidados intensivos neonatais e obesidade infantil. O Ministério de Saúde (2004a) defende que o stress, o desemprego, o sedentarismo, as exigências da sociedade podem fazer com que a mulher crie hábitos de vida que restringem a melhoria do estado de saúde, como o aumento do consumo de álcool, tabaco e obesidade, o que consequentemente aquando a geração de filho poderá traduzir-se em problemas de saúde, abortos espontâneos, nascimentos prematuros e consequente baixo peso aquando do nascimento. Para além disso o consumo de álcool tem interferência com o desenvolvimento do cérebro do feto e o consumo de drogas ilícitas durante a gravidez

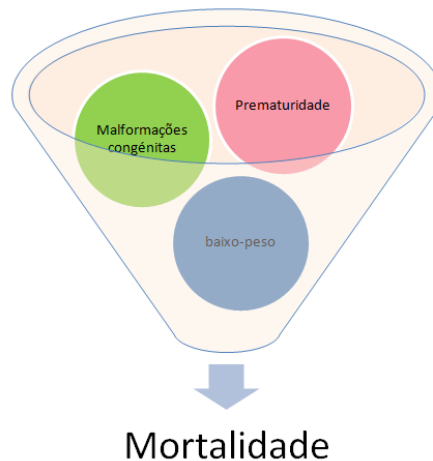
tem aumentado a morbilidade materna e fetal. Por outro lado as dificuldades económicas das famílias podem também dificultar acesso a cuidados de saúde gerais e especializados. Ideia apoiada por Ministério da Saúde (2004a) é a de que a educação, a cultura e a língua, podem condicionar o acesso aos cuidados de saúde, pois quando os utentes não se fazem entender, quando não nos esforçamos por entender, não há diálogo perceptível, o que faz com que não se satisfaçam as necessidades dos utentes. O Ministério da Saúde (2004a) também defende que as más condições habitacionais e sanitárias podem também condicionar os corretos hábitos de higiene o que poderá levar ao desenvolvimento de infeções e doenças relacionadas por estas condições.

O aumento da taxa de nascimentos de crianças de baixo peso, nascimentos prematuros, má progressão ponderal e mortalidade perinatal estão associados à idade materna (inferior a 20 anos ou superior a 35anos) assim como aos hábitos de vida (sedentarismo, hábitos alcoólicos e tabágicos) e aos nascimentos múltiplos. Nas idades maternas mais elevadas surge por vezes durante a gravidez hipertensão, diabetes e os fetos nascem frequentemente com anomalias congénitas (Ministério da Saúde (2004a); Alto Comissariado da Saúde (2009); DGS (2012c); Commonwealth of Australia (2009); Australian Health Ministers' Conference, Commonwealth of Australia (2011)).

Uma das possíveis causas de aumento de taxa de cesarianas por opção da grávida poderá ser a falta de informação acerca das indicações médicas e riscos da realização desta intervenção cirúrgica embora acredite no entanto que a maior parte destas cirurgias são realizadas por indicação médica (sofrimento fetal, incompatibilidade feto-pélvica, apresentação pélvica do feto, risco de vida mãe-feto, anterior cesariana realizada num curto espaço de tempo, entre outras).

Segundo a DGS (2012c) as principais causa de mortalidade fetal, neonatal e perinatal são prematuridade, baixo peso ao nascimento e doenças congénitas (figura 5.1).

Figura 5.1 – Principais causas de mortalidade fetal, neonatal e perinatal



Fonte: Adaptado de DGS, Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Objetivo para o Sistema de Saúde, Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de vida, 2012, p. 11

De seguida apresenta-se uma análise mais pormenorizada de possíveis correlações a nível de variados indicadores de mortalidade.

“Uma das causas de mortalidade infantil, fortemente dependente da quantidade e qualidade dos cuidados de saúde materno-fetal disponíveis e prestados, é a mortalidade por traumatismo de parto. A sua evolução poderá, assim, representar um resultado desses mesmos cuidados” (Biscaia et al, 2003:131). O mesmo autor, Biscaia et al (2003) defende que “a mortalidade materna é também fortemente dependente da quantidade e qualidade dos cuidados de saúde relacionados com a gravidez, o parto e o puerpério”. Por outro lado a mortalidade neonatal é a menos sensível às mudanças sócio económicas e a mais sensível ao atendimento da grávida e puérpera (Campos, 2008).

Segundo Biscaia et al. (2005:147) “Indicadores de saúde como as taxas de mortalidade infantil, perinatal, neonatal, neonatal precoce e mortalidade infantil por traumatismo de parto apresentam correlações “fortes” com o número de profissionais de saúde hospitalares, o que é consentâneo com o tipo de cuidados necessários, essencialmente hospitalares; por seu lado, a mortalidade neonatal tardia, pós-neonatal apresentam correlações mais “fortes” com o aumento do número de médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários por habitante e, principalmente, com o número de enfermeiros por habitante o que é, na realidade, consistente com o papel que este nível de cuidados tem na educação para a saúde da grávida, na vigilância das gravidezes,

deteção precoce de gravidezes de risco, no seguimento do puerpério e acompanhamento da saúde infantil.” Já no que se refere à mortalidade materna Biscaia et al. (2005) referem existem “fortes correlações” com o número de profissionais de ambos níveis de cuidados de saúde, demonstrando-se o importante papel de ambos cuidados no seguimento da gravidez e na altura do parto.

Atualmente existem várias organizações internacionais, nomeadamente a OMS e UNICEF, que defendem o avanço de estratégias que promovam o acesso universal aos cuidados de saúde materna, tanto a nível de vigilância como de assistência especializada no parto, assim como assistência pós-natal e puerperal prematuras, pois poderia contribuir para reduzir a mortalidade materna e neonatal, tendo em conta os ainda elevados valores de mortalidade neonatal.

Existe evidência de benefícios para a saúde a longo prazo através de programas a nível de intervenções básicas que fazem a diferença, sendo a figura 5.2 elucidativa.

Figura 5.2 – Intervenções em saúde materna que são benéficas para a saúde a longo prazo



Fonte: Adaptado de DGS, Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Objetivo para o Sistema de Saúde, Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de vida, 2012, p. 5

Seguidamente são traçadas algumas sugestões de estratégias para melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal.

5.3 – Plano de ação para melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal

Através de pesquisa nacional e internacional, compilamos diversas intervenções para tentar melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal, que apresentamos de seguida, tendo em conta cada objetivo específico.

Incentivar e capacitar cada mulher em idade reprodutiva para ser o mais saudável possível

As utentes devem adotar uma atitude de autorresponsabilização relativamente aos seus comportamentos, bem como a utilização racional dos serviços de saúde, valendo-se da melhor informação que lhe é disponibilizada.

- Fortalecer as parcerias e colaboração com os Departamentos de Educação e Formação, os serviços de Saúde Escolar e outros prestadores de cuidados de saúde para promover a saúde e o bem-estar de crianças em idade escolar e adolescentes como uma prioridade (Department of Health, 2007);
- Realizar ações de sensibilização e esclarecimento em escolas e áreas sociais, onde se possa alertar os adolescentes e minorias sobre as possíveis consequências das relações sexuais desprotegidas, para assim evitar contágio de doenças sexualmente transmissíveis e gravidezes não desejadas (DGS, 2006);
- Desenvolver pacotes de informação que incluem literatura baseada em evidências promover o exercício, nutrição adequada, prevenção do tabagismo e álcool e uma vida saudável antes e durante a gravidez, garantindo que eles estão disponíveis para todas as mulheres em idade reprodutiva (Department of Health, 2007);
- Melhorar a deteção precoce de obesidade e diabetes, tanto antes como durante a gravidez (Department of Health, 2007);
- Promover e apoiar as equipas de cuidados primários de saúde para fornecer oportunidades para as mulheres em idade reprodutiva para obter aconselhamento e apoio ou seja, informações sobre a gravidez e recursos educativos sobre nutrição, ácido fólico, atividade física, saúde e doenças infecciosas, que podem afetar na gravidez (Department of Health, 2007).

Dar prioridade ao aumento de cobertura no período pré-concepcional e no puerpério é o grande objetivo segundo a DGS (2006).

- “Dar prioridade ao programa de diagnóstico pré-natal (DPN) de forma a alcançar um número crescente de grávidas, prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez” (Alto Comissariado da Saúde, 2009:141);
- “Aumentar os esforços dirigidos às adolescentes e a minorias relativamente ao planeamento familiar - informação, aconselhamento, métodos contraceptivos” (Alto Comissariado da Saúde, 2009:142);
- Aumentar e envolver os casais no período pré-concepcional, para assim se poderem detetar doenças de um ou ambos membros através dos programas de rastreio preconizados, iniciar medicação necessária, fazerem-se ensinamentos e sensibilização para os cuidados a ter antes, durante e após a gravidez (DGS, 2006);
- “Dar uma maior atenção ao diagnóstico e tratamento das infeções sexualmente transmissíveis (IST)” (Alto Comissariado da Saúde, 2009:142);
- Prestar uma maior atenção à promoção da saúde mental na gravidez e no primeiro ano pós-parto, através dos cuidados de saúde primários (Alto Comissariado da Saúde, 2009);
- Promover todos os esforços para aumentar ainda mais a taxa de cobertura das puérperas (Alto Comissariado da Saúde, 2009);
- Facilitar o acesso aos cuidados de planeamento familiar, inclusive nas situações de infertilidade (Alto Comissariado da Saúde, 2009);
- Preparação psico-profilática para o parto e para a parentalidade (ARS Norte, IP, 2009);
- Propor, como medida a incentivar os centros de saúde, as atividades de visita ao domicílio em moldes e situações definidas, nomeadamente ao recém-nascido e à puérpera (Alto Comissariado da Saúde, 2009);
- Reforçar a promoção de comportamentos saudáveis, durante a gravidez, sobretudo dos que visam a diminuição de risco, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco e de álcool e à possibilidade de infeção por IST (Alto Comissariado da Saúde, 2009);
- Realizar vacinação antitetânica, se não atualizada ou estado vacinal desconhecido;

- Garantir a coerência nacional no que respeita aos procedimentos gerais foi identificado pelo sistema de saúde canadense como uma prioridade . Coloca-se uma questão pertinente do motivo que leva grávidas no mesmo país fazerem ecografias obstétrica do 3º trimestre em períodos diferentes, ou porque podem algumas fazer rastreio bioquímico gratuito e outras não...

Melhorar Acessibilidade

- Aumentar o número de utentes com médico de família, pois existe cerca de um milhão de portugueses em lista de espera para atribuição de médico de família (Ministério da Saúde, 2004a);
- Reajustar os horários de funcionamento dos serviços às necessidades das populações e adotar novas políticas que possam aumentar a disponibilidade e a qualidade de cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2004a);
- Estabelecer uma rede de informação transparente sobre os serviços disponíveis para os utentes e como os obter (Ministério da Saúde, 2004a);
- Aumentar o acesso das mulheres e seus familiares à informação que suporta as suas necessidades de cuidados de maternidade: Expandindo e difundindo a Linha de Apoio à Gravidez (SOS Grávida 808201139) para fornecer informação, aconselhamento e encaminhamento, 24 horas por dia, 7 dias por semana, neste momento o horário é limitado. - O uso do Helpline avaliado pelo número de chamadas recebidas. O SOS Grávida poderia identificar lacunas na disponibilidade de informações para posterior análise e intervenção (Ministério da Saúde, 2004a; Australian Health Ministers´ Conference, Commonwealth of Australia, 2011).
- Estabelecer parcerias com membros de minorias étnicas renitentes ao seguimento da gravidez em centros de saúde ou hospitais, respeitando os princípios culturais, assegurando um seguimento correto dessa mesma gravidez (Ministério da Saúde, 2004a).

Promover uma maior integração e continuidade de cuidados:

- Melhorar os sistemas de informação que permitam o fácil acesso aos dados dos utentes de forma a melhorar a comunicação intra-hospitalar e Centro de Saúde – Hospital, assim existiria uma base de dados relativa a todos os utentes e seria mais rápido e eficaz os tratamentos e cuidados a eles prestados, evitando por exemplo a

repetição de exames auxiliares de diagnóstico desnecessários (Department of Health, 2007 & Ministério da Saúde, 2004a);

- “Assegurar registos de elevada qualidade, compreendendo o seu valor, não apenas para o cuidado direto, continuado e multidisciplinar do cidadão, mas também para a informação, organização e desempenho do sistema de saúde” (DGS, 2012a:19);
- Fomentar sinergias e otimização dos recursos. Incluem sistemas de avaliação, comunicação e referência (p. ex. entre a escola e os cuidados de saúde);
- Proporcionar formação e capacitação intersectorial do cidadão e dos cuidadores informais para a saúde (DGS, 2012c);
- Incentivar a descentralização da prestação de cuidados de saúde por parte das diversas entidades estatais, conferindo maior poder de decisão às entidades locais, com maior autonomia financeira, e com capacidade de alocar recursos para determinadas áreas onde possam ser mais eficazes na melhoria da saúde e equidade;
- Encorajar os serviços de saúde da área de residência a explorar estratégias adicionais para facilitar o reforço de laços entre os serviços de maternidade, serviços de saúde da primeira infância, outros serviços de saúde na comunidade. Por exemplo o projeto Janela Aberta à Família permite a interação via internet dos utentes com pediatras e outros especialistas de saúde infantil;
- Dinamizar as UCFs, nas vertentes da saúde materna e neonatal, promovendo uma melhor articulação funcional e a continuidade harmoniosa e efetiva da assistência entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.

Melhorar a taxa de amamentação através da educação e treino na amamentação

- Providenciar financiamento para apoiar a formação contínua para conselheiras em aleitamento Materno, segundo normas da UNICEF/OMS e Iniciativa Amigos dos Bebés (ARS Norte, IP, 2009);
- Promover a participação dos profissionais de saúde em Seminários e workshops acerca da amamentação para apoiar a educação contínua dos profissionais de saúde e comunidades (Australian Health Ministers’ Conference, Commonwealth of Australia, 2011);
- Fornecer suporte educacional sobre amamentação para as mulheres e suas famílias durante o período pré-natal (Australian Health Ministers’ Conference, Commonwealth of Australia, 2011);

- Facultar aconselhamento e informação para ajudar as mulheres a amamentar com base científica (Department of Health, 2007).

Apostar na Qualificação dos Recursos Humanos

- Investir em programas de Formação de Recursos Humanos, neonatologistas, obstetras, pediatras, enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e Saúde Infantil e Pediátrica. O aumento do número de anestesistas para garantir a possibilidade de escolha da grávida também não deve ser descurada para garantir a possibilidade de analgesia epidural 24/h por dia em cada hospital (CNSMN, 2006). A importância do desenvolvimento profissional contínuo é também uma ideia defendida por WA Country Health Service (2011).

Promoção da Qualidade de Serviços e Sistema de Monitorização Informatizado

- Promover iniciativas no domínio da promoção e garantia da qualidade e desenvolver um sistema de monitorização informatizado, com uma página Web e uma base de dados que permitam comunicação, avaliação, identificação de necessidades formativas, sinalização, disponibilização de guidelines e outras intervenções para garantir melhoria contínua da qualidade (CNSMN, 2006), por exemplo Notícia de Nascimento e Carta de Alta aproveitando os recursos instalados - SONHO – SINUS;
- Investir em infra estruturas hospitalares através de uma intervenção de forma profunda nos serviços de obstetria/ginecologia e pediatria/neonatologia, nas vertentes de internamento, hospital de dia, consulta externa, cuidados intensivos/intermédios de neonatologia/pediatria, serviço de urgência de pediatria e bloco de partos, com o objetivo de melhorar a qualidade, a humanização e a segurança dos serviços, quer para os utentes quer para os profissionais de saúde (ARS Norte, IP, 2009);
- Desenvolver sistemas de informação de saúde, elaborando relatórios regulares de acompanhamento das necessidades de saúde da população;

Aumentar a eficiência dos serviços

- Estabelecer uma remuneração flexível dos profissionais de saúde, premiando o seu desempenho profissional e a qualidade do seu trabalho.

Reduzir a taxa de cesarianas realizadas antes de 39 semanas completas de gestação e promover partos vaginais após cesarianas anteriores

- Adotar o uso de panfletos informativos para assegurar que as mulheres e as suas famílias são adequadamente informadas sobre os procedimentos e riscos associados à cesariana;
- Um excesso de partos por cesariana resultará, em auditorias internas com discussão inter pares.

A Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte, I.P. (2009), elaborou um documento muito bem fundamentado acerca das estratégias para diminuir a taxa de cesarianas que passamos a citar:

1. “A divulgação para os profissionais de saúde e para o público em geral, dos riscos da cesariana, dos riscos da indução do trabalho de parto e dos benefícios do parto vaginal após uma cesariana.
2. A implementação de um programa informático único para registo hospitalar dos dados perinatais, com uma classificação uniforme dos motivos de cesariana e que permita a exportação automática de alguns indicadores perinatais para a ARS Norte.
3. A divulgação pública anual pela ARS Norte da taxa de cesarianas de cada centro hospitalar, juntamente com a taxa de internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais por “encefalopatia hipóxico-isquémica”.
4. A revisão do preço do GDH associado ao parto vaginal, de forma a torná-lo semelhante ao da cesariana. A alteração da tabela de preços base da Ordem dos Médicos, de forma a atribuir um valor semelhante ao parto vaginal e à cesariana.
5. A adoção de medidas de financiamento de hospitais públicos que incorporem uma componente importante indexada à taxa de cesarianas.

Taxa de cesarianas <25,0% = valor x

Taxa de cesarianas 25,0% - 27,5% = 0,75 × valor x

Taxa de cesarianas 27,5% - 30,0% = 0,50 × valor x

Taxa de cesarianas 30,0% - 32,5% = 0,25 × valor x

Taxa de cesarianas >32,5% = sem financiamento

6. A implementação nos diversos hospitais da técnica de electrocardiografia fetal.
7. A promoção de medidas nos diversos hospitais que permitam a disponibilidade permanente de um Bloco Operatório dedicado à Obstetrícia na proximidade do

Bloco de Partos, que a versão cefálica externa seja aconselhada por rotina a todas as grávidas com o feto em apresentação pélvica às 36 semanas de gestação, que não sejam realizadas induções do trabalho de parto a termo sem motivos de saúde antes das 41 semanas de gestação, que o parto vaginal após uma cesariana seja considerado uma opção preferencial em situações bem definidas; que exista uma auditoria interna regular às cesarianas, realizada com a participação da Neonatologia.

8. O desenvolvimento de normas de orientação clínica de âmbito nacional sobre os seguintes temas: sistematização dos motivos de cesariana; definição de trabalho de parto estacionário e de suspeita de incompatibilidade feto-pélvica; análise e decisão clínica com base na cardiotocografia; colheita de sangue umbilical para gasimetria; versão cefálica por manobras externas; motivos e métodos de indução do trabalho de parto; indicações e cuidados a respeitar na tentativa de parto vaginal após uma cesariana.
9. O desenvolvimento de uma política de remunerações médicas que inclua indicadores de desempenho individual, nos quais deverá ser englobada a taxa de cesarianas. A existência de uma política de remunerações mais atraente, que leve a uma maior fixação dos médicos às instituições públicas, reduzindo assim eventuais conflitos de interesse com a medicina privada.
10. Implementação de cursos regulares de treino dos profissionais de saúde na interpretação de traçados cardiotocográficos e electrocardiográficos, na execução da versão cefálica externa e na resolução de emergências obstétricas intraparto” (ARS Norte, IP, 2009).

Melhorias de outros aspetos assistenciais

- Cumprir a legislação nacional da interrupção voluntária da gravidez em todos os hospitais com blocos de parto e nalguns centros de saúde (ARS Norte, IP, 2009);
- Contratualizar e monitorizar a área do diagnóstico pré-natal (ARS Norte, IP, 2009);
- Melhorar a organização do processo da procriação medicamente assistida, com aumento no investimento e requalificação dos centros públicos e formação dos profissionais (ARS Norte, IP, 2009);
- Alargar a idade de admissão dos serviços de pediatria até aos 18 anos (ARS Norte, IP, 2009);

- Proporcionar a diferenciação dos serviços de urgência pediátrica (ARS Norte, IP, 2009);
- Aumentar os meios do INEM e uma melhoria na coordenação do atendimento pré-hospitalar (ARS Norte, IP, 2009).

5.4 – Conclusão

No decorrer deste capítulo pretendeu-se dar uma visão geral dos indicadores que são mais divulgados em cuidados de saúde materna e neonatal, os indicadores de resultado. Posteriormente foi feita uma análise com base em documentação nacional e internacional das possíveis razões dos indicadores de saúde não irem de encontro às metas traçadas, tendo-se concluído que se centram mais nas questões da dificuldade de acessibilidade, na falta de recursos humanos, nos hábitos de vida pouco saudáveis, na idade materna, entre outros. Por fim apresentamos planos de ação para tentar colmatar algumas falhas com o intuito de melhorar alguns indicadores. Algumas dessas estratégias poderiam ser facilmente implementadas, embora outras impliquem reorganização de serviços, investimento na formação e incentivos financeiros que em época de constrangimento orçamental dificulta a sua implementação.

6 – CONCLUSÃO

Embora Portugal tenha sido um dos países que mais melhorou os indicadores de saúde materna e neonatal nas últimas décadas, esta tendência deve ser mantida e uma das formas de o conseguir seria através do desenvolvimento de sistemas de avaliação e gestão dos serviços de saúde materna e neonatal de uma forma global e não desintegrada.

Partilhando a opinião de Santos et al (2002) também acredito que abordagens que permitam aos decisores identificar e compreender as causas de baixo desempenho, compreender as implicações de ações alternativas antes de serem operacionalizadas e que possam ajudar na avaliação e seleção das ações corretivas, são importantes contribuições para apoiar o processo de gestão do desempenho. No entanto não podemos esquecer que no contexto específico dos cuidados de saúde nem tudo pode ou deve ser medido (Loeb, 2004).

Tendo em conta a revisão de literatura, nesta dissertação foi apresentado um modelo conceitual para a medição e avaliação de desempenho em saúde materna e neonatal, foram compilados indicadores nacionais e internacionais, foi analisada de forma sumária a situação atual em Portugal e foram propostas medidas a desenvolver para melhorar os indicadores. Embora este estudo tenha um carácter exploratório, consideramos que a revisão desta literatura e a proposta de um modelo conceptual de avaliação constituem um contributo para esta área, ainda que modesto, já que este modelo pode ser usado como base para a avaliação dos prestadores e para o desenvolvimento de estratégias de melhoria de desempenho em saúde materna e neonatal.

Uma das limitações do trabalho foi não ter conseguido encaixar os indicadores de desempenho no modelo conceitual desenvolvido, relacionando-os entre si, nem ter conseguido identificar os intervenientes que têm influência sobre cada um dos indicadores de performance. A existência desta lacuna no trabalho deveu-se à escassez de tempo disponível para o fazer pois foi despendido muito tempo a interpretar as publicações científicas disponíveis, dado que, na sua maioria, se encontravam escritas na língua inglesa.

Tendo em conta o grande impacto que as intervenções de saúde efetuadas durante a gravidez, e nos primeiros tempos de vida após o parto, têm a longo prazo, considera-se importante continuar a abordar esta temática, no contexto de avaliação de desempenho dos serviços que prestam cuidados de saúde materna e neonatal e investir na conceção de um modelo integrador dos diversos serviços de saúde materna e neonatal com a visualização da interação das diversas dimensões do desempenho.

No nosso ponto de vista, estudos futuros nesta área beneficiariam se fosse possível incorporar os pontos de vista dos vários stakeholders na construção do modelo de avaliação de desempenho. Os vários stakeholders poderiam assim oferecer as suas perspetivas acerca da melhor forma de avaliação dos cuidados de saúde materna e neonatal em Portugal, e oferecer as suas sugestões de intervenção para potenciar a articulação entre os diferentes serviços de saúde desta área.

BIBLIOGRAFIA

ACSS (2009) Un. Saúde Familiar e Un. Cuidados de Saúde Personalizados – Cálculo de Indicadores de Desempenho – Critérios a observar na sua Implementação. Disponível em: www.acss.min-saude.pt/Portals/0/calculo%20indicadores_2009.pdf (acedido em 24 de Julho de 2013)

ACSS (2011) Processo de Contratualização ACES 2011, Indicadores Nacionais, Regionais e Locais-Bilhete de Identidade, Unidade Funcional para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/BI%20Indicadores%20Nacionais%20Regionais_Locais_04052011.pdf (acedido em 31 de Outubro de 2013)

ACSS (2013) Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários 2012. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf (acedido em 1 de Junho de 2013)

Adair, C., Simpson, E., Casebeer, A., Birdsell, J., Hayden, K. & Lewis, S. (2006) Performance Measurement in Healthcare: Part I – Concepts and Trends from a State of the Science Review, *Healthcare Policy*, Vol.1, No.4.

Alto Comissariado da Saúde (2009) *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*, Lisboa, Alto Comissariado da Saúde.

Amado, C. & Dyson, R. (2009) Exploring the use of DEA for formative evaluation in primary diabetes care: An application to compare English practices. *Journal of the Operational Research Society*, 60(11), 1469-1482.

Amado, C. & Santos, S. (2009) Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centers, *Health Policy* 91: 43-56

ARS Norte, IP (2009) Indicadores de Saúde na área Materno-Infantil. Disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%20C3%BAados/Not%20C3%ADcias/Indicadores%20de%20Sa%20C3%BAde%20na%20C3%81rea%20Materno-Infantil> (acedido em 23 de Julho de 2012)

Australian Health Ministers' Conference, Commonwealth of Australia (2011) National Maternity Services Plan 2010. Disponível em: [www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/BFE6AE67A9BC1BF1CA257A1B001B4B2D/\\$File/maternity%20plan.pdf](http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/BFE6AE67A9BC1BF1CA257A1B001B4B2D/$File/maternity%20plan.pdf) (acedido em 23 de Novembro de 2012)

Australian Institute of Health and Welfare (2012) Australia's Health 2012 The thirteenth biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare. Disponível em: www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=10737422169 (acedido em 23 de Março de 2013)

- Baltussen, R. & Niessen, L. (2006)** Priority settings of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis, *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 4:14.
- Ban Ki-moon, B. (2010)** Estratégias Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño. Disponível em: www.un.org/spanish/sg/pdf/Executive%20SummarySP.pdf (acedido em 22 de Fevereiro de 2012)
- Bankauskaite, V. & Dargent, G. (2007)** Health systems performance indicators: methodological issues, *Secretaría General de Presupuestos y Gasto*.
- Barros, P. & Simões, J. (2007)** Portugal: Health systems review, *Health Systems in Transition*, Vol. 9(5):1-140.
- Biscaia, A. (2003)** Conceito de cuidados primários, Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/conceitos_de_cuidados_primarios.pdf (acedido em 16 de Fevereiro de 2014)
- Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A. & Ferrinho, P. (2008)** *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos*, 2ª edição, Lisboa, Padrões Culturais Editora.
- Bourne, M., Mills, J., Wilcox, M., Neely, A., Platts, K. (2000)** Designing, Implementing and updating performance measurement systems, *International Journal of Operations & Production Management*, 20(10): 1119-1145.
- Bourne, M., Neely, A., Mills, J. & Platts, K. (2003)** Implementing performance measurement systems: a literature review, *Int. J. Business Performance Management*, Vol. 5, No. 1.
- Burroughs, A. (1995)** *Uma introdução à enfermagem materna*, 6ª edição, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Cervo, A. & Bervian, P. (2002)** *Metodologia Científica*, 5ª edição, Prentice Hall, São Paulo.
- Comer, A., Holland, J. & Hale, A. (2010/2011)** Reducing Teen Pregnancy. 2010-2011 Change Master Projects. Kentucky Public Health Leadership Institute. Disponível em: www.mc.uky.edu/kphli/documents/masterprojects/CMP_TheRaincoats.pdf (acedido em 22 de Fevereiro de 2012)
- Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte, I.P.**, Medidas para Reduzir a taxa de cesarianas na região norte de Portugal. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/R elatorio_Taxas_Cesarianas.pdf (acedido em 14 de Maio de 2013)
- Campos, A. (2008)** *Reformas da saúde, o fio condutor*, Coimbra, Edições Almedina.

CNSMI (2004) Pontos de Reflexão presentes a S. Ex.^a. o Sr. Ministro da Saúde em 27/10/2004. Disponível em www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20referente%20a%20Assistencia%20Materno-Infantil/5%20saudematerna_2004.pdf (acedido em 12 de Abril de 2012)

CNSMN - Ministério da Saúde (2006) Organização Perinatal Nacional, Programa nacional de Saúde Materna e Neonatal, Lisboa. Disponível em: www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3B954880-DAE9-4D5B-BD5E-E80350EC8239/0/orgperinatal.pdf (acedido em 21 de Janeiro de 2012)

Commonwealth of Australia (2009) Improving Maternity Services in Australia The Report of the Maternity Services Review. Disponível em: [www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/624EF4BED503DB5BCA257BF0001DC83C/\\$File/Improving%20Maternity%20Services%20in%20Australia%20-%20The%20Report%20of%20the%20Maternity%20Services%20Review.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/624EF4BED503DB5BCA257BF0001DC83C/$File/Improving%20Maternity%20Services%20in%20Australia%20-%20The%20Report%20of%20the%20Maternity%20Services%20Review.pdf) (acedido em 27 de Novembro de 2012)

Davis, K. (1998) *The Quest for Excellence, what is good health care?* - Equity and health policy: 13-31, King's Fund Publishing.

Deloitte (2011) Saúde em Análise, uma visão para o futuro. Disponível em: www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt%28pt%29_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf (acedido em 2 de Março de 2012)

Department of Health (2007) Improving Maternity Services: Working together across Western Australia, A Policy Framework. Disponível em: www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Improving_Maternity_Services_Framework.pdf (acedido em 27 de Novembro de 2012)

Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1993) Orientações Técnicas: Vigilância Pré-natal e Revisão do Puerpério, 2^o edição revista, Lisboa, DGS. Disponível em: www.mgfamiliar.net/itemgenerico/vigilancia-pre-natal-e-revisao-do-puterperio (acedido em 24 de Agosto de 2012)

DGS (2001) Rede de referência materno-infantil, Lisboa, DGS. Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/DocumentosPublicacoes/Documents/redereferenciacaomaterno infantil.pdf> (acedido em 21 de Janeiro de 2012)

DGS (2009) Mortes Maternas em Portugal 2001-2007, Lisboa, DGS. Disponível em: <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/publicacoes/Artigos%20pdf/Mortes%20Maternas%20-%20DGS.pdf> (acedido em 21 de Janeiro de 2013)

DGS (2011a) *Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal 2006/2010*, Lisboa, DGS.

DGS (2011b) Norma da Direcção-Geral da Saúde, exames ecográficos na gravidez, número 023/2011, revista em 21/5/2013, DGS.

DGS (2011c) Norma da Direcção-Geral da Saúde, exames laboratoriais na gravidez de baixo risco, número 037/2011, DGS.

DGS (2012a) Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Objetivo para o Sistema de Saúde – Obter Ganhos em Saúde. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saude2.pdf (acedido em 12 de Maio de 2013) e http://pns.dgs.pt/files/2011/03/im_26-05-2011.pdf (versão discussão)

DGS (2012b) Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Indicadores e Metas em Saúde. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude.pdf (acedido em 12 de Maio de 2013)

DGS (2012c) Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 - Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_4_2_Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida_2013_01_173.pdf (acedido em 12 de Maio de 2013)

DGS (2012d) Plano Nacional de Saúde 2012–2016 - Objetivo para o Sistema de Saúde - Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Sa%C3%BAde-Global_2013_01_181.pdf (acedido em 12 de Maio de 2013)

DGS (2012e) Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal 2007/2011, Lisboa, DGS. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018350.pdf> (acedido em 12 de Maio de 2013)

DGS, WebSig Mapas Interativos. Disponível em: <http://www.websig.acs.min-saude.pt/websig/acsv2/gui/index.php?par=acs&lang=pt> (acedido em 23 de Agosto de 2013)

Direção Regional da Saúde, Programa Regional de Saúde Materna e Planeamento Familiar. Disponível em: www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/441917/PRSMPF_29_7_2010.pdf (acedido em 21 de Fevereiro de 2012)

Donabedian, A. (1980) *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, Volume I.

Engender Health (2001) COPE for Maternal Health Services. A Process and Tools for Improving the Quality of Maternal Health Services. Engender health, New York, United States of America. Disponível em: http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/toolbook/cope_maternal_toolbook.pdf (acedido em 9 de Dezembro de 2013)

Engender Health (2003) COPE Handbook: A Process for improving Quality in Health Services, Revised Edition, Engender Health, New York, United States of America. Disponível em: http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/handbook/cope_handbook-a.pdf (acedido a 9 de Dezembro de 2013)

Families NSW (2008) Results logic diagram. Disponível em: http://www.families.nsw.gov.au/assets/results_logic_diagram.pdf (acedido em 24 de Março de 2012)

Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009) Agrupamentos de Centros de Saúde - Proposta de plano de desempenho - documento de trabalho, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6CD440F5-E281-4B5F-A940-F2FECF488E87/0/PlanodeDesempenhoACES.pdf> (acedido em 21 de Janeiro de 2013)

Hulton, A., Matthews, Z. & Stones, R. (2007) A Framework for the Evaluation of Quality of Care in Maternity Services, Universidade de Southampton, United Kingdom. Disponível em http://eprints.soton.ac.uk/40965/1/12757_Matthews.pdf (acedido em 9 de Dezembro de 2013)

Hurst, J. & Jee-Hughes, M. (2001) “Performance measurement and performance management in OECD Health systems”. *Labour market and social policy – occasional papers*, nº 47.

Kalinichenko, O., Amado, C., Santos, S. (2013), Performance Assessment in Primary Health Care: A Systematic Literature Review, *CEFAGE-UE Working Paper* 2013/03.

Kaplan, R. & Norton, D. (1992) The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance, *Harvard Business Review*, January-February.

Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson, A., Zee, J. & Groenewegen, P. (2010) The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions, *BMC Health Services Research*, 10:65.

Lakatos, E. & Marconi, M. (1988), *Fundamentos de metodologia científica*, editora atlas, São Paulo.

Lebas, M. (1995) Performance measurement and performance management, *International Journal of Production Economics*, 1995, 41: 23-35.

Loeb, J. (2004) The current state of performance measurement in health care, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 16, Supplement 1: pp. i5-i9.

Malik, A. & Shiesari, L. (1998), *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Editora Fundação Peirópolis Ltda.

Maxwell, R. (1984) Quality assessment in health, *British Medical Journal*, Volume 288, 12, 1470-1472.

Maxwell, R. (1992) Dimensions of quality revised: from thought to action, *Quality in Health Care*; 1:171-177.

Maynard, A. (1998) *The Quest for Excellence, What is good health care?* – Health economics in Britain: an incomplete history: 51-65, King’s Fund Publishing.

McLoughlin, V., Leatherman, S., Fletcher, M. & Owen, J. (2001) Improving performance using indicators. Recent experience in the United States, the United Kingdom and Australia, *International Journal for Quality in Health Care*; Volume 13, Number 6: pp. 455–462.

Ministério da Saúde (1979) Lei nº 56/79, D.R. de 15 de Setembro de 1979. 1ª Série Nº 214: 2357-2363.

Ministério da Saúde (1990) Decreto Lei nº 48/1990, D.R. de 24 de Agosto de 1990. 1ª Série Nº 195: 3452-3459.

Ministério da Saúde (2004a) Plano Nacional de Saúde 2004-2010, volume I Prioridades, Lisboa, DGS. Disponível em: www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_voll.pdf (acedido em 26 de Janeiro de 2012)

Ministério da Saúde (2004b) Plano Nacional de Saúde 2004-2010, volume II Orientações Estratégicas, Lisboa, DGS. Disponível em: www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf (acedido em 26 de Janeiro de 2012)

Ministério da Saúde (2006) Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar, Ministério da Saúde, missão para os cuidados de saúde primários.

Ministério da Saúde (2006a) Decreto Lei nº 212/2006, D.R. de 27 de Outubro de 2006. 1ª Série Nº 208: 7517-7525.

Ministério da Saúde (2008) Decreto Lei nº 28/2008, D.R. de 22 de Fevereiro de 2008. 1ª Série Nº 38: 1182-1189.

Ministério da Saúde (2009) Indicadores de Desempenho da Unidade Cuidados na Comunidade, Ministério da Saúde, Missão para os cuidados de saúde primários.

Ministério da Saúde (2010) Evolução dos Indicadores do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Lisboa. Disponível em: www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/36DA2167-540A-4D1C-8C66-CAC70C778399/0/EvolucaoIndicadoresPNS_FINAL.pdf (acedido em 26 de Janeiro de 2012)

Ministério da Saúde (2010a) História do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm> acedido em 3 de Julho de 2014

Ministry of Health (2012) New Zealand Maternity Clinical Indicators 2010. Disponível em: www.health.govt.nz/publication/new-zealand-maternity-clinical-indicators-2010 (acedido em 4 de Janeiro de 2012)

Missão para os cuidados de saúde primários (2009) Documentos de suporte à implementação da UCC. Disponível em www.yumpu.com/pt/document/view/12767831/documento-de-suporte-a-implementacao-da-ucc-cuidados-de- (acedido em 12 de Março de 2012)

Mitton, C. (2002) Priority setting for decision makers: using health economics in practice, *European Journal of Health Economics*, 4: 240-243.

Mitton, C. & Donaldson, C. (2003) Tools of the trade: a comparative analysis of approaches to priority setting in health care, *Health Services Management Research*, 16(2): 96-105.

Moss, F. (1998) *The Quest for Excellence, What is good health care? – Quality in health care: getting to the heart of the matter*: 171-186, King's Fund Publishing.

Neely, A., Mills, J., Platts, K., Richards, H., Gregory, M., Bourne, M. & Kennerley, M. (2000) Performance measurement system design: developing and testing a process-based approach, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol.20 No. 10, pp.1119-1145.

Neely, A., Gregory, M. & Platts, K. (2005) Performance measurement system design: A literature review and research agenda, *International Journal of Operations & Production Management*, 25(12): 1228-1263.

NSW Health Department (2000) The NSW Framework for Maternity Services. Disponível em: www0.health.nsw.gov.au/pubs/2000/pdf/maternity_framework.pdf (acedido em 27 de Novembro de 2012)

NSW Department of Health (2009) NSW Health – Families NSW supporting families early package. Disponível em: www.sfe.nswiop.nsw.edu.au/file.php/1/NSWHEALTH_SFEmaternal_ChildHealth.pdf (acedido em 24 de Novembro de 2012)

OECD, Complete Databases available via OECD's Library. Disponível em: http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT (acedido em 22 de Agosto de 2013)

OMS/UNICEF (2007) Visita domiciliares al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivência. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf (acedido em 12 de Junho de 2012)

OMS (2010) Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.06_spa.pdf (acedido em 22 de Fevereiro de 2012)

OMS (2012) Estadísticas Sanitarias Mundiales. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf (acedido em 22 de Outubro de 2012)

Ontario Maternity Care Expert Panel (2006) Disponível em: http://www.cmo.on.ca/downloads/OMCEP_App_E_to_G.pdf (acedido em 21 de Janeiro de 2013)

Organização Pan-Americana da Saúde (2006) Saúde Neonatal no contexto da saúde materna, neonatal e da criança para o cumprimento das metas de desenvolvimento do milénio da declaração do milénio da declaração do milénio das nações unidas. 47º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, 58º Sessão do Comité Regional. Disponível em: www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/consejo.port.pdf (acedido em 23 de Fevereiro de 2012)

PAIS & Filhos (2010) Mortalidade Perinatal subiu em Portugal. Disponível em: <http://www.observaport.org/node/302> (acedido em 22 de Fevereiro de 2012)

Phillips, L. & Bana e Costa, C. (2007) Transparent prioritization, budgeting and resource allocation with multi-criteria decision analysis and decision conferencing, *Annals of Operations Research*, 154(1): 51-68.

Pisco, L. (2001) Perspectivas sobre a Qualidade em Saúde, *Qualidade em Saúde*, Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde N.º 5 IQS, Lisboa

Pisco, L. (2007) *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*, Cadernos de Economia.

PMNCH (2010) Sharing knowledge for action on maternal, newborn and child health, WHO. Disponível em: http://portal.pmnch.org/downloads/low/Knowledge_for_Action_Complete_lowres.pdf (acedido em 3 de Março de 2012)

PMNCH (2011a) *PMNCH Knowledge Summary 15 - Non-Page 2 communicable diseases*. Disponível em: <http://portal.pmnch.org/downloads/high/KS15-high.pdf> (acedido em 23 de Fevereiro de 2012)

PMNCH (2011b) A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health, Geneva, PMNCH. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf (acedido em 13 de Julho de 2013)

Ponte, V., Oliveira, M., Moura, H. & Barbosa, J. (2008) Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre Balanced Scorecard: Um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006, in Lopes, J., Francisco, J., Pederneiras, M. *Educação Contábil: tópicos de ensino e pesquisa*: São Paulo, Atlas, 2008.

PORDATA, disponível em: <http://www.pordata.pt/> (acedido em 21 de Julho de 2013)

Raven, J., Tolhurst, R., Tang, S. & Van den Broek, N. (2012) What is quality in maternal and neonatal health care? *Elsevier, Midwifery*, 28, e676-e683.

Ribeiro, C. (2008) O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced scorecard, *Revista da Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas*, n.º 100:61-66.

Rocha, J. (2001) As relações entre o poder político e os funcionários. Comunicação nos Colóquios sobre o Estatuto dos Funcionários Municipais, Lisboa.

Santos, S., Belton, V. & Howick, S. (2002) Adding Value to Performance Measurement by Using System Dynamics and Multicriteria Analysis, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 22, No. 11, 2002, p. 1246-1272

Smith, P., Mossialos, E. & Papanicolas, I. (2008) Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects, *World Health Organization*.

Smith, P. (2005) Performance measurement in health care: history, challenges and prospects, *Public Money & Management*, 25(4); 213-220.

State of Victoria, Department of Human Service (2009) Victorian Maternity Services Performance Indicators Complete set for 2007-08. Disponível em: [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/4C01951C7F8AADBDC257B7F0013F1A1/\\$FILE/matpeform-ind-0708.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/4C01951C7F8AADBDC257B7F0013F1A1/$FILE/matpeform-ind-0708.pdf) (acedido em 27 de Novembro de 2012)

State of Victoria, Department of Health (2012) Victorian Maternity Services Performance Indicators complete set for 2009-10. Disponível em: [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/127D77FF10C0CEC0CA2579D300839CEE/\\$FILE/MSPI%20Report%2009-10%20final%20web%20version%2029%20Mar%202012.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/127D77FF10C0CEC0CA2579D300839CEE/$FILE/MSPI%20Report%2009-10%20final%20web%20version%2029%20Mar%202012.pdf) (acedido em 11 de Janeiro de 2013)

Unicef (2008) Situação mundial da infância, 2009 - Saúde Materna e Neonatal. Disponível em: www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf (acedido em 21 de Fevereiro de 2012)

Viacava, F., Almeida, C., Szwarcwald, C., Travassos, C., Novais, H., Noronha, J., Rocha, J., Silva, L., Almeida, M., Barros, M., Martins, M., Ibanes, N., Ugá, M., Caetano, R. & Porto, S. (2003) Desenvolvimento de uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro, Projeto, Rio de Janeiro. Disponível em: www.proadess.icict.fiocruz.br/relatoriofinal.pdf (acedido em 14 de Maio de 2013)

Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., Fausto, M., Macinko, J., Martins, M., Noronha, J., Novaes, H., Oliveira, E., Porto, S., Silva, L. & Szwarcwald, C. (2004) Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro, *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3), 711-724.

Viacava, F., Ugá, M., Porto, M., Laguardia, J. & Moreira, R. (2012) Avaliação de Desempenho de Sistema de Saúde: um modelo de análise, *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(4): 921-934.

Wells, R. & Weiner, B. (2005) Using the balanced scorecard to characterize benefits of integration in the safety net, *Health Services Management Research* 18: 109-123.

WA Country Health Service (2011) Maternity and Newborn Service. Disponível em: www.health.wa.gov.au/publications/documents/WACHS_Maternity_and_Newborn_Services_Policy.pdf (acedido em 23 Novembro de 2012)

WHO (2008) Primary Health Care, Now more than ever, Chapter 1. The challenges of a changing world. Disponível em: www.who.int/whr/2008/en/index.html (acedido em 25 de Fevereiro de 2012)

APÊNDICES

Apêndice I – Indicadores de Saúde Materna e Neonatal

Indicador	Fórmula de cálculo	Dimensão	Fonte
Pré-Natal			
Percentagem de mulheres que tomaram ácido fólico enquanto tentava engravidar	Sem indicação do cálculo		Ontario Maternity Care Expert Panel (2006)
Número médio de consultas por grávida vigiada	- Numerador: número total de consultas de cada grávida vigiada na USF que terminaram a gravidez no período de avaliação; Denominador: número de grávidas vigiadas na USF que terminaram a gravidez no período de avaliação - Cálculo igual ao anterior mas não referindo USF - Sem indicação do cálculo - Sem indicação do cálculo	- Produtividade - Qualidade técnica/produktividade - Desempenho assistencial	- Ministério da Saúde (2006) - Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009) - ACSS (2013) - Direção Regional da Saúde
Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas médicas em saúde materna	Numerador: número de grávidas, com compromisso de vigilância em saúde materna, com 6 ou mais consultas médicas em saúde materna; Denominador: número de grávidas, com compromisso de vigilância em saúde materna, com data de parto no período em análise - Sem indicação do cálculo	- Qualidade técnica / efetividade - Desempenho assistencial	- DGS (2012e) - ACSS (2013)
Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna	- Numerador: número de consultas de enfermagem de saúde materna; Denominador: número de utilizadoras em saúde materna - Cálculo igual ao anterior - Sem indicação do cálculo	- Produtividade - Qualidade técnica/produktividade - Desempenho assistencial	- Ministério da Saúde (2006) - Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009) - ACSS (2013)
Percentagem de utilização da consulta de saúde materna	- Numerador: número de primeiras consultas de saúde materna; Denominador: número de recém-nascidos registados na USF - Sem indicação do cálculo	- Efetividade - Qualidade técnica/efetividade	- Ministério da Saúde (2006) - Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)

Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: número de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre; Denominador: número de primeiras consultas de gravidez - Cálculo igual ao anterior - (em desenvolvimento) - Numerador: número de consultas de gravidez no primeiro trimestre nos CSP; Denominador: total de gravidezes acompanhadas no CSP - Sem indicação do cálculo - Sem indicação do cálculo 	<ul style="list-style-type: none"> - Efetividade - Qualidade técnica/efetividade - Acesso - Desempenho assistencial 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Saúde (2006) - Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009) - DGS (2012b) - ACSS (2013) - Direção Regional da Saúde
Percentagem de grávidas com primeiras consultas no primeiro trimestre	Numerador: número de grávidas, com compromisso de vigilância em saúde materna, com registo de consulta médica de saúde materna nas primeiras 12 semanas de gravidez ; Denominador: número de grávidas, com compromisso de vigilância em saúde materna, que completaram 12 semanas de gravidez no período em análise	Qualidade técnica/efetividade	DGS (2009)
Percentagem de grávidas adolescentes	Sem indicação do cálculo	Qualidade técnica/efetividade do programa de PF na comunidade	Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)
Incidência de gravidezes não desejadas	Sem indicação do cálculo		Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A. & Ferrinho, P. (2008)
Incidência de aborto	Sem indicação do cálculo		Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A. & Ferrinho, P. (2008)
Percentagem de grávidas com o BSG preenchido corretamente	Sem indicação do cálculo		Direção Regional da Saúde
Percentagem de grávidas com indicação para amniocentese e que a efetuaram	Sem indicação do cálculo		Direção Regional da Saúde
Percentagem de grávidas que foram encaminhadas para a consulta de genética	Sem indicação do cálculo		Direção Regional da Saúde

Percentagem de grávidas com ganho de peso adequado	Sem indicação do cálculo		Direção Regional da Saúde
Percentagem de grávidas vigiadas que realizaram, pelo menos, 3 exames ecográficos durante a gravidez	Numerador: número de grávidas com registo de ecografia realizada, entre as 11 e as 13 semanas (1º trimestre), 20 a 22 semanas (2º trimestre) e 30 a 32 semanas (3º trimestre); Denominador: n.º total de grávidas vigiadas na unidade de saúde, durante 1º/2º/3º trimestre	Qualidade técnica/efetividade	DGS (2011b)
Percentagem de grávidas vigiadas que realizaram exame ecográfico do primeiro trimestre	Numerador: número de grávidas de baixo risco com relatório de exame ecográfico realizado, do 1º trimestre, redigido de acordo com os pontos 4 e 5 da Norma; Denominador: número total de grávidas de baixo risco vigiadas na unidade de saúde, durante 1º trimestre, com exame ecográfico realizado	Qualidade técnica/efetividade	DGS (2011b)
Percentagem de grávidas vigiadas que realizaram exame ecográfico do segundo trimestre	Numerador: número de grávidas de baixo risco com relatório de exame ecográfico realizado, do 2º trimestre, redigido de acordo com os pontos 4 e 6 da Norma; Denominador: número total de grávidas de baixo risco vigiadas na unidade de saúde, durante 2º trimestre, com exame ecográfico realizado	Qualidade técnica/efetividade	DGS (2011b)
Percentagem de grávidas vigiadas que realizaram exame ecográfico do terceiro trimestre		Qualidade técnica/efetividade	DGS (2011b) – ELIMINADO EM REVISAO 5/2013
Percentagem de grávidas do primeiro trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais	Numerador: número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com prescrição de exames laboratoriais do primeiro trimestre durante o primeiro trimestre de gravidez; Denominador: número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com um trimestre de gravidez completo no período em análise.	Qualidade técnica/efetividade	DGS (2011c)
Percentagem de grávidas do segundo trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais	Numerador: número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com prescrição de exames laboratoriais do segundo trimestre durante o segundo trimestre de gravidez; Denominador: número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com dois trimestres de gravidez completos no	Qualidade técnica/efetividade	DGS (2011c)

	período em análise		
Percentagem de grávidas do terceiro trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais	Numerador: número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com prescrição de exames laboratoriais do terceiro trimestre durante o terceiro trimestre de gravidez Denominador: número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com três trimestres de gravidez completos no período em análise	Qualidade técnica/efetividade	DGS (2011c)
Percentagem de grávidas/casais que frequentam o curso de preparação para a parentalidade na UCC	Numerador: número de grávidas com pelo menos 12 contactos no serviço de UCC, no Programa de Preparação para a Parentalidade, com pelo menos uma intervenção documentada, no período em análise; Denominador: número de grávidas da área de abrangência da UCC, no período em análise		Ministério da Saúde (2009)
Percentagem de grávidas com frequência do programa completo de preparação para a parentalidade	Sem indicação do cálculo	Qualidade técnica/efetividade	Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)
Total de ações de informação/educação realizadas	Sem indicação do cálculo		Direção Regional da Saúde
Taxa de mulheres que esperam mais de 30min para consulta pré-natal	Numerador: número de mulheres que esperam mais de 30min pelas consultas pré-natais, desde a hora da marcação até ao início da consulta; Denominador: o número de mulheres com consultas pré-natais marcadas		State of Victoria, Department of Health (2012)
Fumar na gravidez	Sem indicação do cálculo		- WA Country Health Service (2011) - Ontario Maternity Care Expert Panel (2006)
Proporção de adolescente que fumaram durante a gravidez	Sem indicação do cálculo		Ontario Maternity Care Expert Panel (2006)

Trabalho de parto

Nascimentos em mulheres adolescentes por cem nados-vivos	Numerador: número de nados-vivos em mulheres adolescentes (idade inferior a 20 anos), num ano; Denominador: total de nados vivos, num ano. Fonte: HFA/WHO	Estado de saúde e de desempenho do sistema de saúde (Efetividade)	DGS (2012b)
Partos por cesariana por cem nados-vivos	- Numerador: partos por cesariana, num ano; Denominador: total de nados vivos, num ano. Fonte: HFA/WHO - Sem indicação de cálculo	- Estado de saúde e de desempenho do sistema de saúde (Qualidade)	- DGS (2012b) - Ministério da Saúde (2010)
Número de primíparas com parto vaginal espontâneo	Numerador: número total de primíparas que tiveram um parto vaginal espontâneo; Denominador: número total de primíparas que pariram - Sem indicação de cálculo		-Ministry of Health (2012) - Direção Regional da Saúde
Número de primíparas que se submeteram a parto vaginal instrumental	- Numerador: número total de primíparas que tiveram parto vaginal instrumental; Denominador: número total de primíparas que pariram - Sem indicação de cálculo		- Ministry of Health (2012) - WA Country Health Service (2011)
Número de primíparas que se submeteram a cesariana	- Numerador: número total de primíparas que se submeteram a cesariana; Denominador: número total de primíparas que pariram - Sem indicação de cálculo - Cálculo igual ao primeiro		- Ministry of Health (2012) - WA Country Health Service (2011) - State of Victoria, Department of Health (2012)
Número de primíparas que se submeteram a indução de parto	- Numerador: número total de primíparas que se submetam a indução de parto; Denominador: número total de primíparas que pariram - Sem indicação de cálculo - Cálculo igual ao primeiro		- Ministry of Health (2012) - WA Country Health Service (2011) - State of Victoria, Department of Health (2012)
Número de primíparas com um trato genital inferior intacto (sem laceração de 1º-4º grau ou	Numerador: número total de primíparas com área genital baixa intacta; Denominador: número total de primíparas que pariram por via vaginal		Ministry of Health (2012)

episiotomia)			
Número de primíparas com episiotomia e sem laceração perineal de 3º ou 4º grau	Numerador: número total de primíparas submetidas a episiotomia sem laceração perineal de 3º ou 4º grau aquando parto vaginal; Denominador: número total de primíparas que pariram por via vaginal		Ministry of Health (2012)
Número de primíparas sem episiotomia mas com laceração perineal de 3º ou 4º grau	Numerador: número total de primíparas que não fizeram episiotomia mas com laceração perineal de 3º ou 4º grau; Denominador: número total de primíparas que pariram por via vaginal		Ministry of Health (2012)
Número de primíparas com episiotomia e com laceração de 3º ou 4º grau	Numerador: número total de primíparas que fizeram episiotomia e com laceração perineal de 3º ou 4º grau aquando parto; Denominador: número total de primíparas que pariram por via vaginal		Ministry of Health (2012)
Taxa de primíparas com laceração perineal de 3º ou 4º grau	Numerador: número total de primíparas com laceração perineal de 3º ou 4º grau aquando parto; Denominador: número total de primíparas que pariram por via vaginal		State of Victoria, Department of Health (2012)
Número de grávidas sujeitas a cesariana com anestesia geral	Numerador: número total de mulheres que se submeteram a cesariana com anestesia geral; Denominador: número total de mulheres sujeitas a cesariana		Ministry of Health (2012)
Número de grávidas sujeitas a cesariana que fizeram transfusão de sangue	- Numerador: número total de mulheres sujeitas a cesariana que fizeram transfusão de sangue durante o mesmo; Denominador: número total de mulheres sujeitas a cesariana - Sem indicação de cálculo		- Ministry of Health (2012) - WA Country Health Service (2011)
Nascimentos por parto normal após cesariana primária	Numerador: o número de mulheres (para I e de termo com uma gestação única), cujo nascimento anterior era de uma cesariana que entrar com um plano de trabalho para um parto vaginal e que alcançar um parto vaginal; Denominador: o número de mulheres (para I e de termo com uma gestação única), cujo nascimento anterior era de uma cesariana que entrar com um plano de trabalho para um parto vaginal		State of Victoria, Department of Health (2012)

Permilagem de baixo peso ao nascer (<2500g)	Numerador: crianças com peso menor que 2500 g ao nascer; Denominador: todas as crianças nascidas no período em estudo	Efetividade	Ministério da Saúde (2006)
Crianças de baixo peso à nascença por cem nados-vivos	- Numerador: nascimentos de crianças com peso inferior a 2500 gramas, num ano; Denominador: total de nados vivos, num ano – Fonte: OCDE, HFA/WHO - Sem indicação de cálculo - Sem indicação de cálculo - Sem indicação de cálculo	- Estado de saúde e de desempenho do sistema de saúde (Situação de Saúde)	- DGS (2012b) - Ministério da Saúde (2010) - WA Country Health Service (2011) - Direção Regional da Saúde
Nascimentos pré-termo por cem nados-vivos	- Numerador: nados-vivos com menos de 37 semanas de gestação, num ano; Denominador: total de nados vivos, num ano - Sem indicação do cálculo - Numerador: número total de bebés nascidos entre 32 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias de gestação; Denominador: número total de bebés nascidos no hospital - Sem indicação de cálculo	- Estado de saúde e de desempenho do sistema de saúde (Situação de Saúde) - - -Nascer com Saúde Qualidade técnica/efetividade	- DGS (2012b) - Direção Regional da Saúde - Ministry of Health (2012) - Ministério da Saúde (2010) - Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)
Porcentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso	Numerador: número de recém-nascidos, de termo, com peso inferior a 2500 gramas ao nascer; Denominador: número de recém-nascidos de termo, com registo de nascimento no período em análise - Sem indicação de cálculo	- QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE - Qualidade técnica/efetividade	- DGS (2012e) - Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)
Número de crianças nascidas com um Apgar inferior a 7 aos 5 minutos após parto	Sem indicação do cálculo		WA Country Health Service (2011)
Nascidos a termo transferidos ou admitidos nos Hospitais Diferenciados para outros fins além de defeitos congênitos	Numerador: o número de crianças de termo admitidos no Hospital Diferenciado por motivos além de problemas congênitos; Denominador: o número de crianças de termo sem problemas major de nascença		State of Victoria, Department of Health (2012)

Nascimentos em mulheres adolescentes	Sem indicação do cálculo		Ministério da Saúde (2010)
Nascimentos em mulheres com 35 e mais anos	Sem registo de cálculo		Ministério da Saúde (2010)
Pós-Parto			
Número de primíparas que necessitaram de reparar cirurgicamente o períneo devido a lesão de 3º grau	Sem indicação do cálculo		WA Country Health Service (2011)
Identificação e tratamento de problemas de saúde mental no pré e pós parto	Sem indicação do cálculo		Ontario Maternity Care Expert Panel (2006)
Percentagem de diagnósticos precoces realizados até ao 7º dia de vida do recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: número de diagnósticos precoces realizados até ao 7º dia; Denominador: número de recém-nascidos inscritos na USF nesse ano (N/D) - Cálculo igual ao anterior - Sem indicação do cálculo - Cálculo semelhante ao primeiro 	<ul style="list-style-type: none"> - Efetividade - Qualidade técnica/efetividade - Desempenho assistencial - Qualidade técnica/efetividade 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Saúde (2006) - Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009) - ACSS (2013) - DGS (2012e)
Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na unidade durante gravidez	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: Número de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas durante a gravidez; Denominador: Número de grávidas vigiadas na USF, no ano anterior - Sem indicação do cálculo - Sem indicação do cálculo 	<ul style="list-style-type: none"> - Produtividade - Desempenho assistencial - Qualidade técnica/efetividade 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Saúde (2006) - ACSS (2013) - Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)
Percentagem de puérperas inscritas em planeamento familiar	Sem indicação do cálculo		Direção Regional da Saúde

<p>Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efetuada</p>	<p>- Numerador: puérperas cuja gravidez foi seguida na USF e a que foi efetuada a revisão do puerpério; Denominador: todas as grávidas seguidas na USF</p> <p>- Cálculo igual ao anterior</p> <p>- Sem indicação do cálculo</p> <p>- Sem indicação do cálculo</p> <p>- Numerador: número de mulheres, com compromisso de vigilância em saúde materna, com consulta de revisão de puerpério; Denominador: número de mulheres com compromisso de vigilância em saúde materna que completaram o puerpério no período em análise</p>	<p>-Efetividade</p> <p>- Qualidade técnica/efetividade</p> <p>- Desempenho assistencial</p> <p>- Qualidade técnica/efetividade</p>	<p>- Ministério da Saúde (2006)</p> <p>- Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)</p> <p>- ACSS (2013)</p> <p>- Direção Regional da Saúde</p> <p>- DGS (2012e)</p>
<p>Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos</p>	<p>- Numerador: número de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a recém-nascidos; Denominador: número de crianças dos zero aos 11meses.</p> <p>- Cálculo igual ao anterior mas com a referência até aos 15dias de vida</p> <p>-Sem indicação do cálculo</p> <p>Numerador: número de recém-nascidos que receberam consultas de enfermagem no domicílio até ao 15.º dia de vida; Denominador: número de recém-nascidos inscritos no ACES até ao 15.º dia de vida</p>	<p>- Produtividade</p> <p>- Qualidade técnica/efetividade</p> <p>- Desempenho assistencial</p> <p>- Qualidade técnica/efetividade</p>	<p>- Ministério da Saúde (2006)</p> <p>- Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)</p> <p>- ACSS (2013)</p> <p>- DGS (2012e)</p>
<p>Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias</p>	<p>- Numerador: número de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28dias; Denominador: número de primeiras consultas na vida</p> <p>- Cálculo igual ao anterior</p> <p>- Sem indicação do cálculo</p> <p>- Numerador: número de recém-nascidos com primeira consulta ou visita domiciliária médica, realizada até ao 28.º dia de vida; Denominador: número de recém-nascidos que completaram 28 dias no período em análise</p>	<p>- Efetividade</p> <p>- Qualidade técnica/efetividade</p> <p>- Desempenho assistencial</p> <p>- Qualidade técnica/efetividade</p>	<p>- Ministério da Saúde (2006)</p> <p>- Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)</p> <p>- ACSS (2013)</p> <p>- DGS (2012e)</p>

Porcentagem de lactentes com aleitamento materno exclusivo até aos 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: número de lactentes com aleitamento materno exclusivo até aos três meses; Denominador: número de lactentes seguidos na USF - Cálculo igual ao anterior - Sem indicação de cálculo 	<ul style="list-style-type: none"> - Efetividade - Qualidade técnica/efetividade 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Saúde (2006) - Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009) - Direção Regional da Saúde
Outros Indicadores			
Recursos humanos – médicos-taxa por 10000habitantes	Numerador: (número de médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar no SNS); Denominador: total de indivíduos (fonte OCDE)	- Eficiência	DGS (2012b)
Recursos humanos – enfermeiros-taxa por 10000habitantes	Numerador: número de enfermeiros inscritos na ordem nos CSP; Denominador: total de indivíduos (fonte OCDE)	- Eficiência	DGS (2012b)
Valor de prescrição de exames laboratoriais realizados por grávida	Numerador: valor das prescrições de exames laboratoriais de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna; Denominador: número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com data de parto registada no período em análise	Eficiência	DGS (2011c)
Custo total da prescrição de exames ecográficos por grávida vigiada		Eficiência	DGS (2011b) – ELIMINADO EM REVISAO 5/2013
Esperança de vida à nascença	<ul style="list-style-type: none"> - Número médio de anos que um indivíduo à nascença pode viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento. A esperança de vida é derivada de tábuas completas de mortalidade com período de referência de três anos consecutivos, em vigor a partir de 2007 – fonte HFA-WHO - Sem indicação do cálculo - Sem indicação do cálculo 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de saúde e de desempenho do sistema de saúde (mortalidade) 	<ul style="list-style-type: none"> - DGS (2012b) - Ministério da Saúde (2010) - Direção Regional da Saúde

Taxa de mortalidade materna	Número de mortes maternas durante um determinado período de tempo, dividido por 100000 mulheres em idade reprodutiva durante o mesmo período		DGS (2009)
Rácio de mortalidade materna	Número de mortes maternas durante um determinado período de tempo, dividido por 100000 nados-vivos ocorridos no mesmo período		DGS (2009)
Taxa de natalidade	Número de nados-vivos ocorridos durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 (103) habitantes).		DGS (2012e)
Taxa de mortalidade fetal	<p>- Número de fetos mortos de 28 ou mais semanas observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados-vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período (habitualmente expressa em número de fetos mortos de 28 ou mais semanas por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas)</p> <p>- Sem indicação do cálculo</p> <p>- Sem indicação do cálculo</p>		<p>- DGS (2012e)</p> <p>- Ministério da Saúde (2010)</p> <p>- Direção Regional da Saúde</p>
Taxa de mortalidade neonatal	<p>- Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade por 1000 nados vivos).</p> <p>- Sem indicação do cálculo</p> <p>- Sem indicação do cálculo</p>		<p>- DGS (2012e)</p> <p>- Ministério da Saúde (2010)</p> <p>- Direção Regional da Saúde</p>

Taxa de mortalidade neonatal precoce (/1000)	-Numerador: óbitos de crianças com menos de 7 dias no ano civil - Denominador: nados-vivos no ano civil		PORDATA
Taxa de mortalidade perinatal (/1000 nados-vivos)	- Numerador: fetos mortos de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade, num ano; Denominador: total de nados-vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas de gestação, num ano – Fonte: OCDE, HFA/WHO - Sem indicação do cálculo - Sem indicação do cálculo - Sem indicação do cálculo - Numerador: mortes perinatais observadas; Denominador: mortes perinatais expectáveis baseadas em taxa estadual - Cálculo igual ao primeiro mas com o acréscimo de que também pode ser calculada usando como limite inferior do período fetal as 22 semanas completas de gestação	- Estado de saúde e de desempenho do sistema de saúde (Mortalidade)	- DGS (2012b) - Direção Regional da Saúde - Ministério da Saúde (2010) - Ontario Maternity Care Expert Panel (2006) - State of Victoria, Department of Health (2012) DGS (2012e)
Taxa de mortalidade perinatal alargada	Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de 28 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados-vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas e óbitos de nados-vivos com menos de 28 dias de idade por 1000 nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas)		DGS (2012e)
Satisfação com o acesso aos cuidados	Sem indicação do cálculo		Ontario Maternity Care Expert Panel (2006)
Satisfação com a informação, educação, comunicações sobre SI	Sem indicação do cálculo		Ontario Maternity Care Expert Panel (2006)
Número de sugestões escritas por 1000 utilizadores	Sem indicação do cálculo	Qualidade percebida	Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)

Número de queixas registadas no livro de reclamações	Sem indicação do cálculo	Qualidade percebida	Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009)
---	--------------------------	---------------------	--

Em desenvolvimento:

Indicador	Fórmula de cálculo	Fonte
Percentagem de consultas de gravidez no primeiro trimestre	Numerador: número de consultas de gravidez no primeiro trimestre nos CSP; Denominador: total de gravidezes acompanhadas no CSP	DGS (2012b)
Percentagem de gestantes fumadoras	Sem registo de cálculo	DGS (2012b) e State of Victoria, Department of Health (2012)
Taxa de restrição de crescimento intrauterino numa gestação única, de termo (40sem)	Numerador: peso ao nascer inferior ao percentil 3, corrigido pelo sexo e data de gestação em semanas; Denominador: todos os nascimentos únicos (ao vivo e natimorto) \geq 40 semanas 0 dias sem anomalia congénita	State of Victoria, Department of Health (2012)
Taxa de uso de formula infantil no serviço de obstetrícia	Sem registo de cálculo	State of Victoria, Department of Health (2012)
Taxa de amamentação exclusiva e diretamente do peito no serviço de obstetrícia	Sem registo de cálculo	State of Victoria, Department of Health (2012)
Percentagem de mulheres que amamentam em exclusivo ate aos 3meses	Sem registo de cálculo	Ministério da Saúde (2010)
Percentagem de utentes muito/satisfeitos/insatisfeitos com os serviços de saúde	Sem registo de cálculo	DGS (2012b)

Bibliografia dos indicadores:

ACSS (2013) Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2013. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf (acedido em 1 de Junho de 2013)

Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A. & Ferrinho, P. (2008) *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos*, 2ª edição, Lisboa, Padrões Culturais Editora.

DGS (2009) Mortes Maternas em Portugal 2001-2007, Lisboa, DGS. Disponível em: <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/publicacoes/Artigos%20pdf/Mortes%20Maternas%20-%20DGS.pdf> (acedido em 21 de Janeiro de 2013)

DGS (2011b) Norma da direcção-geral da saúde, exames ecográficos na gravidez, numero 023/2011, revista em 21/5/2013, DGS

DGS (2011c) Norma da direcção-geral da saúde, exames laboratoriais na gravidez de baixo risco, numero 037/2011, DGS

DGS (2012b) Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Indicadores e Metas em Saúde. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude.pdf (acedido em 12 de Maio de 2013) e http://pns.dgs.pt/files/2011/03/im_26-05-2011.pdf (versão discussão)

DGS (2012e) *Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal 2007/2012*, Lisboa, DGS.

Direção Regional da Saúde, Programa Regional de Saúde Materna e Planeamento Familiar. Disponível em: www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/441917/PRSMPPF_29_7_2010.pdf (acedido em 21 de Fevereiro de 2012)

Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários (2009) *Agrupamentos de Centros de Saúde - Proposta de plano de desempenho - documento de trabalho*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6CD440F5-E281-4B5F-A940-F2FECF488E87/0/PlanodeDesempenhoACES.pdf> (acedido em 21 de Janeiro de 2013)

Ministério da Saúde (2006) *Indicadores de desempenho para as unidades de saúde familiar*, Ministério da Saúde, Missão para os cuidados de saúde primários

Ministério da Saúde (2009) *Indicadores de Desempenho da Unidade Cuidados na Comunidade*, Ministério da Saúde, Missão para os cuidados de saúde primários

Ministério da Saúde (2010) *Evolução dos Indicadores do Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, Lisboa, Disponível em: www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/36DA2167-540A-4D1C-8C66-CAC70C778399/0/EvolucaoIndicadoresPNS_FINAL.pdf (acedido em 26 de Janeiro de 2012)

Ministry of Health (2012) New Zealand Maternity Clinical Indicators 2010. Disponível em: www.health.govt.nz/publication/new-zealand-maternity-clinical-indicators-2010 (acedido em 4 de Janeiro de 2012)

Ontario Maternity Care Expert Panel (2006) , Disponível em: http://www.cmo.on.ca/downloads/OMCEP_App_E_to_G.pdf (acedido em 21 de Janeiro de 2013)

PORDATA, disponível em: <http://www.pordata.pt/> (acedido em 21 de Julho de 2013)

State of Victoria, Department of Health (2012) Victorian Maternity Services Performance Indicators complete set for 2009-10. Disponível em: [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/127D77FF10C0CEC0CA2579D300839CEE/\\$FILE/MSPI%20Report%2009-10%20final%20web%20version%2029%20Mar%202012.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/127D77FF10C0CEC0CA2579D300839CEE/$FILE/MSPI%20Report%2009-10%20final%20web%20version%2029%20Mar%202012.pdf) (acedido em 11 de Janeiro de 2013)

WA Country Health Service (2011) Maternity and Newborn Service. Disponível em: www.health.wa.gov.au/publications/documents/WACHS_Maternity_and_Newborn_Services_Policy.pdf (acedido em 23 Novembro de 2012)